Nr. 17. 25. kwietnia 1926 Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

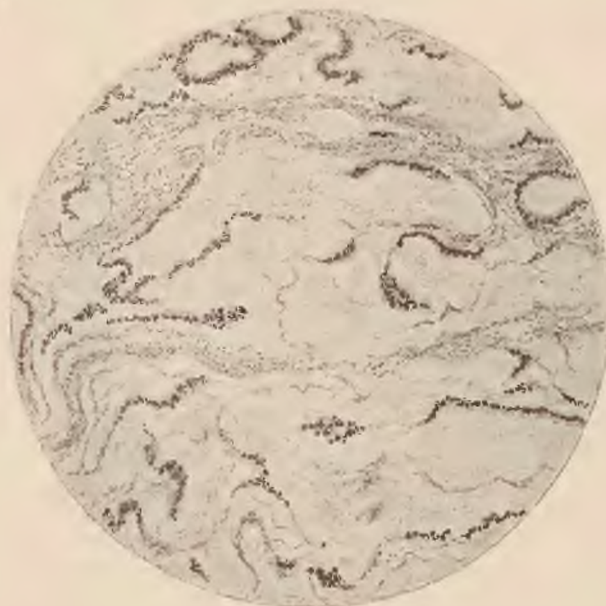
Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, Adjunkt Zakładu. Lwów.

W sprawie nowotworów złośliwych grasicy pochodzenia nabłonkowego. *(Adeno carcinoma gelatinosum).*

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K.
Dyrektor: Prof. Nowicki.

W kwietniu bieżącego roku wykonałam sekcję zwłok mężczyzny 47 letniego z rozpoznaniem klinicznem: *Neoplasma malignum mediastini anterioris.* Sekcja wykazała, co następuje, (w skróceniu): Zwłoki mężczyzny, wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Skóra jest blada i obrzękła, błony śluzowe zaś sine. Po otwarciu jamy brzusznej wydobywa się z niej obfity płyn przesączynowy. Mostek jest silnie zrośnięty z śródpiersiem przedniem, jest kruchy i łamie się przy odcinaniu. Na przekroju widoczne są w kościach mostka przerzuty nowotworowe. Pod mostkiem w śródpiersiu przedniem, w miejscu, w którem u człowieka dorosłego są pozostałości grasicy, widoczny jest guz wielkości 15×7×6 ctm., postaci mniejwięcej czworobocznej. Górny brzeg guza oddalony jest około na 3 ctm. od dolnego brzegu tarczycy, z którą guz nie jest w związku. Podstawa guza sięga do worka osierdziowego, pokrywając go częściowo, boczne zaś jego części zrośnięte są po obu stronach, szczególnie po stronie prawej, z opłucną, przyczem widoczne są na opłucnej prawej liczne guzki białawe, wielkości główki szpilki, a nawet wielkości grochu, nie przechodzą jednak na opłucnę. Od tyłu nowotwór uciska na przełyk, tchawicę oraz na wielkie naczynia klatki piersiowej, powodując znaczne ich zwężenie. Na rozkroju nowotwór jest niebieskawo-biały, nieco galaretowaty i ma widoczną budowę włóknistą. Na powierzchni przekroju stwierdza się gęsty przejżysty śluz. Co się tyczy innych narządów klatki piersiowej, oba płuca są mało powietrzne, gdyż z jednej strony uciska je nowotwór, z drugiej zaś obfity płyn przesączynowy, wypełniający obie jamy opłucnowe. W gardle i przełyku zmian nie stwierdzono. Błona śluzowa tchawicy jest przekrwiona i pokryta śluzem, podobnie w oskrzelach bardzo dokładnie zbadanych. Gruczoły wnękowe okazują zmiany pylicowe. Serce jest znacznie rozszerzone, szczególnie w zakresie komory prawej, mięsień sercowy jest nieco przerosły, blady i wybitnie kruchy. Przy badaniu narządów jamy brzusznej szczególniejszą uwagę zwrócono na przewód pokarmowy, a to dlatego, że obecność guza galaretowatego w śródpiersiu nasuwała przypuszczenie, że guz opisany może być tylko przerzutem, podczas gdy pierwotny usadowiony jest w żołądku, jelitach lub też w drogach żółciowych, pomimo że gołem okiem robił on wrażenie guza pierwotnego. Ani w przewodzie pokarmowym, ani też w drogach żółciowych zmian nowotworowych jednak nie stwierdzono. Wątroba i nerki były żylnie przekrwione, ponadto stwierdzono w wątrobie kilka ostro odgraniczonych, białawych guzków, wielkości grochu, przedstawiających niewątpliwie przerzuty nowotworowe. Trzustka, nadnercza i narządy płciowe zmian nie okazywały.





Badanie drobnowidowe guza wykazało: W preparatach, pochodzących z części obwodowych guza, stwierdza się wśród włóknistej tkanki łącznej twory gruczołowe, rozmaitej wielkości, wyścielone nabłonkiem cylindrycznym. Jądra komórek nabłonkowych mają wiele chromatyny, są śluzowo zwyrodniałe i obficie się łuszczą, szczególnie w większych przetworach gruczołowych. W częściach środkowych guza widać mniej tkanki łącznej, natomiast światło gruczołów jest większe, komórki wyścielające obficiej się łuszczą, pod postacią pasm i płatków leżą w świetle gruczołów, w których się stwierdza także obfite masy śluzu. W niektórych cześciach nowotworu nie stwierdza się już zupełnie komórek, tylko masy śluzowe otoczone tkanką łączną. Jak więc widzimy, guz opisany przedstawia pod mikroskopem obraz typowego raka galaretowatego, stwierdzanego najczęściej w przewodzie pokarmowym. Podobne obrazy, jak w guzie, stwierdzono także w przerzutach jego t. j. w wątrobie i na opłucnej.

Na podstawie zatem obrazu sekcyjnego i badania drobnowidowego rozpoznano: *Carcinoma gelatinosum thymi oesophagum, tracheam, aortam et venam cavam superiorem comprimens. Metastases multiplices pleurae dextrae et nonnullae hepatis et sterni. Dilatatio et hypertrophia cordis. Hyperaemia organorum. venosa. Hydrops universalis.*

Nasuwa się pytanie, czy w przypadku opisanym można nazwać guz śródpiersia przedniego rakiem galaretowatym grasicy, ponieważ z jednej strony nie stwierdzono w samym guzie, ani w jego otoczeniu pozostałości grasicy, a dalej, wobec tego, że raki grasicy należą wogóle do spraw nader rzadkich; postaci gruczołowej, szczególnie zaś galaretowatej, dotychczas nie opisano, jak to mogłam stwierdzić w dostępnem mi piśmiennictwie.

Opisany guz uważam za raka pierwotnego grasicy 1) gdyż położenie, postać guza, jakoteż brak sprawy pierwotnej, której przerzut guz ten miałby przedstawiać, za tem przemawiały, 2) bo na podstawie embrjonalnego rozwoju grasicy powstawanie w niej nowotworów gruczołowych jest rzeczą możliwą. Przyjąwszy, że nowotwór opisany nie jest sprawą pierwotną, wychodzącą z grasicy, w takim razie w innych narządach należałoby szukać ogniska pierwotnego? Przedewszystkiem w przypadku danym należy myśleć o płucach, następnie o tchawicy, oskrzelach i ich gruczołach, o tarczycy ewentualnie gruczołach przytarczycznych, z których to narządów sprawa przejśćby mogła na śródpiersie przednie. Ostatecznie możnaby uważać guz za przerzut, którego ognisko pierwotne znajdowałoby się w narządzie pokarmowym lub też moczo-płciowym. Gruczoły wnękowe okazują zmiany pylicowe. Serce jest znacznie rozszerzone, szczególnie w zakresie komory prawej, mięsień sercowy jest lekko przerosły, blady i wybitnie kruchy.

Przy badaniu narządów jamy brzusznej szczególniejszą uwagę zwrócono na przewód pokarmowy, a to dlatego, że obecność guza galaretowatego, w śródpiersiu pozwalała przypuszczać, że jest to może tylko sprawa przerzutowa, podczas gdy guz pierwotny usadowiony jest w żołądku, jelitach lub też drogach żółciowych, pomimo że gołem okiem robił on wrażenie guza pierwotnego. Ani w przewodzie pokarmowym, ani też w drogach żółciowych zmian nie stwierdzono. Wątroba i nerki były żylnie przekrwione, ponadto stwierdzono w wątrobie kilka ostro odgraniczonych białawych guzków wielkości grochu, przedstawiających niewątpliwie przerzuty nowotworowe. Trzustka nadnercza i narządy płciowe zmian nie okazywały. Mimo bardzo dokładnego badania nie można było jednak wykazać w żadnym z wymienionych narządów ogniska pierwotnego, któreby mogło przejść na śródsierdzie, ewentualnie dać tutaj przerzuty. Z drugiej strony położenie anatomiczne guza, jakoteż jego postać, przemawiają bardzo za nowotworem grasicy. Ułożenie i postać guzów śródpiersia mają ważne znaczenie w rozpoznawaniu nowotworów grasicy, to też w największej części opisanych guzów grasicy, przedewszystkiem z ułożenia i postaci wnioskowano o ich pochodzeniu. Guzy te leżą w śródpiersiu przedniem, nakrywają częściowo worek osierdziowy, postać ich jest przypłaszczona, podobna nieco do grasicy powiększonej. By móc jednak rozpoznać z całą pewnością nowotwór grasicy, muszą być spełnione wszystkie postulaty, postawione przez Rubaschowa, mianowicie, że guz odpowiadać musi grasicy co do ułożenia postaci, jakoteż budowy. Wykazanie w nim ciałek Hassala może rozpoznanie naturalne ustalić na pewne, nie jest jednak koniecznie potrzebne. Dwa pierwsze postulaty są w naszym przypadku niewątpliwie spełnione, co się jednak tyczy budowy histologicznej, nie przypomina ona w zupełności grasicy, i by móc ją wytłumaczyć musimy sobie przypomnieć rozwój embrjonalny, jakoteż pewne procesy patologiczne tego narządu.

Jak wiadomo, grasica powstaje z listka zarodkowego wewnętrznego, mianowicie w ten sposób, że z trzeciej ewentualnie z trzeciej i czwartej kieszonki skrzelowej tworzą się obustronnie wypuklenia pod postacią rur i kanałów, które powoli z powodu bujania nabłonków zamieniają się na tkankę stałą bez światła. W miejscu odejścia tych wypustek od kieszonek skrzelowych powstaje przewężenie, ostatecznie ich zupełne odsznurowanie z jednej strony, z drugiej strony łączą się obydwa zaczątki granicy ze sobą w śródpiersiu przedniem, tworząc narząd dwupłatowy. W narządzie tym czysto nabłonkowym zaczynają występować zmiany, mianowicie komórki się rozstępują, nabierają postać wydłużoną z wypustkami, wypustki łączą się ze sobą, i w ten sposób powstaje charakterystyczna tkanka siateczkowa grasicy, pochodzenia nabłonkowego. Komórki środkowych części grasicy powiększają się i nabierają charakteru komórek wielkich, jasno się barwiących. Są to komórki rdzenne. Komórki obwodowych części tworzą więc delikatną siateczkę korową. W oczkach tej siateczki pojawiają się następnie limfocyty małe. Komórki te, według Hamera i przeważnej części autorów, uważane są za typowe przywędrowane limfocyty, według Stöhra zaś, za komórki pochodne komórek siateczkowych. Według pierwszego zapatrywania byłaby zatem grasica narządem tkankołącznonabłonkowym *(fibroepitelialnym)*, według drugiego czysto nabłonkowym. Tak zwane ciałka Hassala, pojawiające się od 2—3 miesiąca płodowego, są pochodne siateczki nabłonkowej. W każdym razie, jak widzimy, na podstawie najnowszych badań, grasica zbudowana jest ze składników nabłonkowych, może więc być punktem wyjścia dla raków. Należą one jednak do wielkich rzadkości, w odróżnieniu do *(lymfosarcomatów)* mięsaków chłonnych, występujących częściej i uważanych dawniej nawet za jedyny rodzaj nowotworów złośliwych, wychodzących z grasicy. Nieliczne przypadki ogłoszone w piśmiennictwie obecności raków grasicy, zestawili Rubaschow, Wiesel, a następnie Schmidtmann. Według Schmidtmanna ogłoszono do roku 1919 tylko 10 pewnych przypadków raka grasicy, do których autorka dodaje dwa własne przypadki, zatem razem 12. Od tego czasu udało mi się wykazać w piśmiennictwie 10 dalszych przypadków, mianowicie jeden przypadek Ambrosiniego, dwa ogłoszone przez Schulginsa, jeden przez Kneringera i Priesla jeden przez Largiadera i jeden przez Zajewloschina. W piśmiennictwie polskiem ogłosił 3 przypadki Kowalski, i jeden Czarnocki. Mielibyśby zatem razem 22 opisanych raków grasicy. Nie mam zamiaru dokładnie omawiać poszczególnych przypadków, gdyż znajdziemy ich opisy w przeważnej części powyższych prac, a chciałabym tylko zwrócić uwagę na ich obrazy histologiczne i przekonać się, czy nie znajdziemy w ich opisie szczegółów pewnych, któreby mogły służyć do wytłumaczenia przypadku naszego. W tym celu zrobiłam zestawienie obrazów histologicznych wszystkich 22 ogłoszonych przypadków. Z tego zestawienia wynika, że obrazy histologiczne poszczególnych przypadków, okazują wielkie podobieństwo. Przeważna część raków składa się z komórek nabłonkowych alweolarnie ułożonych t. zn., że duże gniazda i pasma tych komórek otoczone są tkanką łączną, przeważnie włóknistą, mniej lub więcej unaczynioną. Są tu raki drobno i wielko-komórkowe. Tak zwane wielko-komórkowe postacie składają się z komórek większych wielopostaciowych i wielobocznych, często o jasnych jądrach, podobnych nieco do nabłonka brukowego. Raki drobno-komórkowe zbudowane są z komórek mniejszych, mniejwięcej okrągłych i ciemniej się barwiących. Niektórzy utrzymują, że postacie drobnokomórkowe pochodzą ze siateczki grasicy, postacie zaś wielkokomórkowe z komórek rdzennych i ciałek Hassala. Ze zestawienia mojego wynika, że raki wielkokomórkowe nieco częściej występują, aniżeli drobnokomórkowe. Opisane są jednak także przypadki, okazujące równocześnie obie postacie komórek. Pozatem stwierdzono mniejwięcej w połowie przypadków dobrze rozwinięte, albo tylko zaznaczone ciałka Hassala.

Obok tych ogólnych danych, dotyczących budowy drobnowidowej raków grasicy, w poszczególnych przypadkach, można znaleźć pewne szczegóły, któreby mogły mieć znaczenie dla wytłumaczenia naszego przypadku. I tak w dwóch przypadkach Letulle'a, przedstawiających się histologicznie jako raki alweolarne, wielkokomórkowe, było zwyrodnienie śluzowe komórek nabłonkowych, Rubaschow opisuje również postać raka alweolarnego, wielkokomórkowego, którego komórki miejscami układały się pod postacią regularnych pasm i, jak autor twierdzi, „nowotwór przypomina budową swą niejako narząd gruczołowy" W jednym z przypadków, opisanych przez Schmidtmanna, komórki były częściowo okrągłe częściowo kubiczne, nawet cylindryczne, miejscami znajdowały się przestwory gruczołowe, szczególnie w licznych przerzutych nowotworu. Również podaje także Simonds, że jego nowotwór grasicy zbudowany był z pasmowato ułożonych komórek nabłonkowych, pomiędzy któremi były wolne przestrzenie podobne do światła gruczołów. Schulgrins, którego przypadek znany jest mi tylko z pracy Zajewloschina, uważa swój nowotwór za raka gruczołowego.

Jak więc widzimy, już niejednokrotnie zauważono w rakach grasicy twory gruczołowe, w jednym przypadku zwyrodnienie śluzowe komórek, jednak typowego gruczolaka galaretowego dotychczas nie opisano. W jaki sposób więc wytłumaczyć można owe twory gruczołowe w rakach grasicy? Tosamo wytłumaczenie służyłoby prawdopodobnie także i dla przypadku naszego.

Jak nas uczy histologja prawidłowa grasicy (Szymonowicz), małe torbielki zachodzą nie tak rzadko już w prawidłowej grasicy, a wyścielone są one wtenczas nabłonkiem kubicznym lub cylindrycznym, często migawkowym. Według Hammera, powstają owe torbielki z komórek siateczkowatych, które zmieniły się z powrotem na pierwotne komórki nabłonkowe. Schambacher uważa to za wadę rozwojową, twierdząc, że torbiele są to pozostałości pierwotnych zaczątków grasicy, które, jak widzieliśmy, przedstawiają się jako wypuklenia pod postacią rur i kanałów, wyścielonych nabłonkiem. Z tych to kanałów powstają, według Schambachera, ciałka Hassala. Według Maximowa jednak nie stwierdza się w wykształconej grasicy owych tworów gruczołowych, należą one bowiem już do zmian patologicznych. Torbielami grasicy ludzkiej zajmował się już szereg autorów. I tak opisuje Schambacher i Erdheim torbiele w grasicach embrjonów i małych dzieci. Eberle podobnie i Simonds stwierdzali w przypadkach kiły wrodzonej w grasicy, liczne ka-

nały wyścielone nabłonkiem; kanały te uważają za wadę rozwojową, spowodowaną przez kiłę wrodzoną. Także ropnie Dubois'a uważane są dzisiaj przez największą część autorów za torbiele, w których następowo rozwija się ropienie. Torbiele stwierdzano także i w grasicach ludzi dorosłych; Westenryk opisuje więc torbiel wielkości orzecha włoskiego, wyścieloną nabłonkiem migawkowym u kobiety 51-letniej, Hueter liczne torbiele z treścią galaretowatą u mężczyzny 24-letniego, Leontjew torbiel wielokomorową u mężczyzny 38-letniego, Hueter badał w tym kierunku pozostałości grasicy u starych ludzi i stwierdził w nich dwa razy torbiele, raz liczne torbiele u kobiety 81-letniej, drugi raz torbiele wyścielone nabłonkiem kubicznym u kobiety 90-letniej. Jak z tego wynika, torbiele grasicy zachodzić mogą u ludzi w wieku każdym. Przeważna część tych torbieli, według Huetera, ma charakter pozostałości zarodkowych, ponieważ przestrzenie te wyścielone są nabłonkiem cylindrycznym często migawkowym. W ten sam sposób, jak w grasicy prawidłowej i chorobowo zmienionej, powstają torbiele najprawdopodobniej w grasicy bujającej złośliwie, t. j. w raku grasicy, jak je opisywano w niektórych nowotworach tego rodzaju. Widzieliśmy również, że nabłonki wyścielające te torbiele, tak w grasicy prawidłowej, jak i patologicznej, a także w raku grasicy wydzielać mogą śluz, co wytłumaczyć się daje ich pochodzeniem endodermalnem.

Jaka jest więc histogeneza opisanego raka galaretowego? Możemy sobie łatwo wyobrazić, i na to istnieją liczne przykłady w patologji, że z pozostałości zarodkowych wychodzić mogą nowotwory złośliwe, t. j. że w naszym przypadku kiedyś znajdowały się w grasicy torbiele, i później przeszły w bujanie złośliwe. Możnaby tu przyjąć jeszcze jedną ewentualność, mianowicie, że bujanie nowotworowe wychodzi z komórki zarodkowej, pochodzącej z tego okresu rozwoju, w którym komórki endodermalne kieszonek skrzelowych zaczynają wytwarzać owe wypustki gruczołowe, stanowiące pierwsze zaczątki grasicy.

Stanisław HIGIER. Warszawa.

Zespół nerwu uszno-skroniowego (Frey) i jego patogeneza.

Z kliniki chorób nerwowych Un. Waszawskiego.
Prof. K. Orzechowski.

Sprawa wegetatywnego unerwienia skóry twarzy nie doczekała się dotychczas ujednostajnienia poglądów teoretycznych nawet w zakresie najbardziej kardynalnych zagadnień. Składa się na to zarówno bardzo zawikłana topografja anatomiczna, jak i wielka ilość mechanizmów fizjologicznych i psychofizjologicznych, przejawiających się na tym, stosunkowo nieznacznym obrębie naszego ciała. W ostatnich dopiero czasach z tej gmatwaniny wyodrębniane są pojedyńcze objawy kliniczne, względnie całe zespoły, których analiza przyczyni się prawdopodobnie do wyświetlenia nie tylko patogenezy kazuistycznej, ale i pewnych ogólnych zasad fizjologji i fizjopatologji wegetatywnych czynności skóry twarzy.

Jeden z takich zespołów, polegający na szeregu zjawisk naczynioruchowych, wydzielniczych i czuciowych w obrębie nerwu uszno-skroniowego *(N. auriculo-temporalis)* obserwowaliśmy ostatnio w przypadku bardzo charakterystycznym.

Chora, urzędniczka, lat 32 zgłosiła się na klinikę z powodu bólów kulszowych. Cierpi na nerwoból kulszowy od lat 12 ze wszystkiemi jego typowemi, przedmiotowemi i podmiotowemi objawami.

Sprawa, która jest tematem niniejszego przyczynku nic zresztą wspólnego nie ma z powyższem cierpieniem. Mianowicie chora zwróciła uwagę lekarzy, że przy jedzeniu, a szczególnie spożywaniu pokarmów ostrych, kwaśnych i słodkich doznaje uczucia gorąca w lewym policzku, który pokrywa się rumieńcem, a jednocześnie z okolicy pomiędzy uchem a skronią spływać zaczynają kropelki potu.

Prowadzone w tym kierunku wywiady i dokładniejsze zbadanie opisanego powyżej zjawiska przedstawiają się w sposób następujący:

Cztery lata temu (1921 r.) chora przechodziła ostre zapalenie ropne ślinianki przyusznej lewej; wtedy to, po tygodniu trwania tej sprawy, dokonano nacięcia w okolicy kąta żuchwy, po którem widoczna jest po dziś dzień blizna. Bezpośrednio po tem chora zauważyła niedowład mięśni twarzy po stronie lewej oraz stwierdziła, że część policzka (boczna) jest mniej wrażliwa na bodźce zewnętrzne. Wreszcie zwróciło jej uwagę opisane powyżej zjawisko że przy jedzeniu pewnych potraw policzek chorej staje się zarumieniony, gorący i potliwy. Z tych objawów jedynie, według słów chorej, niedowład mięśni twarzy cofnął się w znacznym stopniu, pozostawiając lekki przykurcz, trwający do dzisiaj.

Badanie objektywne wykazało zmiany następujące: lewa źrenica nieco węższa od prawej. Obie oddziaływują prawidłowo. Lewa gałka oczna nieco zapadnięta. W prawej tęczówce liczne plamy barwikowe, które nadają jej wejrzenie zielonkawo-bure, a których brak tęczówce oka lewego, przez co wydaje się ona bardziej niebieska i jasna. Żwacze napinają się obustronnie dobrze.

Lekki niedowład nerw. twarzowych po stronie lewej z przykurczem i ruchami o charakterze ticów.

Hypestezja powierzchniowa na bodźce dotykowe, a w mniejszym nieco zakresie na bólowe i cieplne w obrębie trzeciej gałązki n. trójdzielnego z wyjątkiem podbródka.

W okolicy kości jarzmowej obustronnie drobniutkie wenektazje, nieco wybitniejsze po stronie lewej.

Przy jedzeniu część lewego policzka, okolica przyuszna i część górna małżowiny usznej pokrywają się wyraźnym rumieńcem (naogół odpowiadającym pasowi hypestezji). Jednocześnie występuje zroszenie potem niewielkiej przestrzeni skóry uwłosionej pomiędzy skronią a górną częścią ucha, a po kilkunastu sekundach widać spływające krople potu.

Przeprowadzone w tym kierunku szczegółowsze badania wykazały:

1) silne rozgrzewanie całego ciała w szafce elektrycznej wywołuje zawsze równomierne zaczerwienienie i równomierne spocenie obu stron twarzy;

2) tak samo działa podany doustnie alkohol oraz wąchanie amylnitritu;

3) cztery reprezentacyjne jady wegetatywne: sympatykopodrażniająca adrenalina i porażająca ergotamina, wagopodrażniająca pilokarpina i porażająca atropina — nie są w stanie same przez się wywołać różnicy w symetrji naczynioruchowości, potowydzielniczości ani ślinowydzielniczości po obu stronach;

4) natomiast, o ile w kilka minut po zastrzyknięciu pilokarpiny chora spożywać zacznie coś kwaśnego — wydzielanie potu w okolicy uszno-skroniowej lewej występuje wybitniej, niż zwykle. Po wstrzyknięciu atropiny i następnem jedzeniu odruch potowydzielniczy, towarzyszący jedzeniu, przeciwnie, zmniejsza się, natomiast odruch naczynioruchowy — rumieniec — zjawia się w stopniu silniejszym i utrzymuje się znacznie dłużej, niż bez atropiny (do kilku godzin).

W przypadku powyższym mamy więc pod względem symptomatologiczno-klinicznym do czynienia z trzema odrębnemi zespołami.

Przedewszystkiem z częściowym zespołem Hornera. Powtóre z zespołem przebytej prozoplegji lewostronnej. Wreszcie z wyodrębnionym przed kilku laty przez Freyównę t. zw. zespołem uszno-skroniowym *(syndrome auricolo-temporale)*, charakterystyzującym się obok zmian czucia skórnego w obrębie gałązki o tejże nazwie n. trójdzielnego przez obecność nadmiernych odruchów naczynioruchowych, potowydzielniczych i ślinowydzielniczych na bodźce smakowe z obrębu n. językowogardłowego *(glossopharyngeus)* tejże strony.

Zachodzi przedewszystkiem pytanie, czy istotnie ten ostatni zespół występuje w przypadku naszym w swej typowej postaci.

Chora podaje, co prawda, że przy jedzeniu zjawia się na lewym policzku rumieniec, uzależnia to jednak nie tylko od wrażeń smakowych, ale i od pracy żuchwy. Aby sprawę tę wyświetlić, daliśmy naprzód chorej do żucia suchą watę. Żucie tej waty, jakkolwiek długotrwałe i intensywne, nie jest w stanie doprowadzić do powyżej opisanych zmian na policzku. Spróbowaliśmy więc działać samym tylko bodźcem smakowym, smarując język chorej wacikiem umoczonym w soku cytrynowym. Okazało sie, że, ilekroć smarujemy przednie dwie trzecie języka, a więc część unerwianą przez n. językowy *(r. lingualis trigemini)*, żadne zmiany na policzku nie występują; wystarczy jednak kilkakrotne potarcie kwaśnym sokiem tylnej trzeciej języka t. j. obrębu n. językowo-gardłowego, aby rumieniec wystąpił bardzo wyraźnie, a po chwili zjawiły się kropelki potu ponad uchem lewem.

Stwierdzić więc nam wolno istotny odruch uszno-skroniowy, tak, jak go w piśmiennictwie opisała Freyówna.

Jakiemi drogami odruch ten przyjść może do skutku? jakiemi innemi słowy, istnieje połączenie (o charakterze łuku odruchowego) pomiędzy włóknami smakowemi n. językogardłowego, a wegetatywnemi obrębu uszno-skroniowego?

Drogi te znamy poniekąd z fizjologji, jako drogi odruchu ślinowydzielniczego. Bodźce smakowe z tylnej części języka dążą w obrębie n. językowogardłowego do opuszki i kończą się w t. zw. jądrze ślinowem dolnem *(nucleus salivatorius inferior* Kohnstam-

ma[1]), skąd znowu biorą początek włókna wegetatywne gruczołowo-wydzielnicze ślinianki, biegnące początkowo z powrotem tą samą drogą, bo wraz z pniem nerwu językowogardłowego, odbiegając potem od niego i poprzez *n. tympanicus* Jacobsoni i *n. petrosus superficialis minor* dostające się do zwoju usznego *(G. oticum)*, a stamtąd przez gałązkę uszno-skroniową n. trójdzielnego przenoszą pobudzenie do ślinianki przyusznej. L. R. Müller i jego szkoła zarówno ze stanowiska embrjologicznego, jak i fizjologicznego rozpatrują słusznie *ganglion oticum* jako analogon zwojów przedkręgowych (sympatycznych) układu wegetatywnego, a *N. petrosus superficialis minor* jako istotną gałązkę łączna *(ramus* communicans albus), zawierającą obok włókien ślinowydzielniczych również i włókna naczynioruchowe, a mianowicie naczyniorozszerzacze. Jest więc rzeczą wysoce prawdopodobną, że oprócz łuku odruchowego ślinowydzielniczego do przyusznicy istnieje również odruch naczynioruchowy, przyczem bodźce z *glossopharyngeus* przebiegałyby w identyczny sposób do znajdującego się na tej samej mniej więcej wysokości ośrodka naczynioruchowego (metamerycznego) dla obrębu uszno-skroniowego i tąż samą drogą ośrodkową odpowiednie zadrażnienia wędrowałyby już nie do ślinianki, ale do naczyń skóry unerwianej przez tę gałązkę. Ośrodek naczynioruchowy metameryczny wpływa również i na potowydzielniczość, której ramię wstępujące łuku odruchowego byłoby to samo co powyżej, poczem pobudzenie zbiegałoby, jak zwykle z opuszki do ośrodków potowydzielniczych rdzeniowych[2]) (C_7), skąd ramię ośrodkowe szłoby wraz z innemi włóknami sympatycznymi tętnicy szyjnej *(plexus caroticus)*.

Istotnie, spotykamy od czasu do czasu osobników poza tem zdrowych (n. p. Brown-Sequard do nich sam należał), którzy podczas jedzenia, szczególnie potraw ostrych i kwaśnych wykazują powyższe objawy, a więc zaczerwienienie się twarzy i pocenie policzków, naturalnie obustronnie. Możemy wogóle przyjąć, że odruch naczynioruchowy i potowydzielniczy z bodźców smakowych na skórę policzków jest czemś normalnem, że jednak zwykle nie przejawia się w postaci dostatecznie nasilonej, abyśmy go mogli łatwo konstatować. Zachodzi więc pytanie, dlaczego u naszej chorej i we wszystkich przypadkach podobnych odruch ten występuje tak jawnie, tak przesadnie? Parhon, który jeden z bardzo niewielu w nowszem piśmiennictwie opisał podobny przypadek, doszukuje się jego patogenezy w t. zw. „zbłąkaniu się" (Abirrung — niemieckich autorów) włókien nerwowych przy odradzaniu się nerwów podczas bliznowacenia. Wyjaśnienie to wydaje się mało prawdopodobnem, przedewszystkiem dla tego, że w myśl wyżej powiedzianego droga odruchu jest fizjologiczna a nie zbłąkana powtóre zaś trudno pojąć, aby to zbłąkanie odbywać się musiało za każdym razem w ten sposób, aby doprowadzić właśnie do rozszerzenia naczyń i pocenia w tym samym mniej więcej obrębie skórnym.

Freyówna rozpatruje zespół uszno-skroniowy głównie jako wynik podrażnienia naskutek ucisku blizny pozapalnej zarówno włókien czuciowych, jak i wegetatywnych. Jeżeli istotnie w przypadku Freyówny, w którym występowały zjawiska podrażnienia czuciowego i zaburzenia ślinowydzielnicze, koncepcja ta odpowiadała obrazowi klinicznemu, — w naszym przypadku, gdzie mamy do czynienia z hipalgezją i hipestezją, a ślinowydzielniczość zmian nie wykazuje, wyjaśnienie, o którem mowa, przyjąć można tylko z zastrzeżeniami[3]).

Prawdopodobniejszem wydaje się jednak inne ujęcie patogenezy, bardziej uogólniające zjawiska. Jak widzieliśmy bowiem ośrodek naczynioruchowy w opuszce dla obrębu uszno-skroniowego, otrzymuje normalnie bodźce: a) z jednej strony ze skóry tegoż obrębu, b) z drugiej zaś bodźce z tylnej części języka. Suma tych bodźców stanowi o t. zw. odcinkowym (segmentalnym) napięciu odpowiedniego ośrodka naczynioruchowego. Jest rzeczą zrozumiałą iż, z chwilą gdy dopływ jednej kategorji tych bodźców odpadnie lub zmniejszy się na stałe, druga zyskuje wówczas przewagę i wynik jej działania łatwiej się ujawni. W naszym przypadku bodźce czuciowe skórne, wskutek uszkodzonego przewodnictwa włókien czuciowych n. uszno-skroniowego dochodzą stale w zmniejszonej ilości do ośrodków; przewagę zyskują więc bodźce z *N. glossopharyngeus* i są one w stanie wywołać zjawiska naczynioruchowe i potowydzielnicze, o których mowa.

Ostatecznie więc przyczynę patogenetyczną syndromu w przypadku podanym widzieć należy w zmniejszonem przewodnictwie czuciowem nerwu usznoskroniowego w związku z przebytem ropieniem ślinianki, może również i z wykonanem nacięciem.

Przechodząc do innych objawów, uznać trzeba, że objawy niedowładu w zakresie n. twarzowego są niewątpliwie również następstwem tej samej sprawy, która dotknęła sąsiadującą z nim gałązkę uszno-skroniową n. trójdzielnego.

Trudniej wyjaśnić jest zespół Hornera lewostronnego, tembardziej, że miejsce urazu jest topograficznie bardzo odległe od przebiegu włókien mających wpływ na gładkie umięśnienie oka. Możnaby ostatecznie zjawisko to wyjaśnić przez t. zw. *„repercussivité"* autorów francuskich, której używa również Freyówna dla wytłumaczenia pewnych objawów w swoim przyp. Wydaje się to jednak mało uzasadnionem ze względu na brak „oddźwięku" w zakresie unerwienia bliższych gałązek n. trójdzielnego.

Istotnie — dokładniejsze dane anamnestyczne popchnęły nasze domysły w innym kierunku. Chora z całą pewnością twierdzi, że zawsze miała lewą szparę powiekową nieco węższą niż prawą, a tęczówkę tego oka jaśniejszą. Już to samo pozwalałoby przypuszczać, że Horner istnieć mógł przed sprawą ropną w 1921 r. Przypuszczenie to utrwaliło się ostatecznie, gdyśmy się dowiedzieli, że, gdy chora w r. 1920 przebywała na oddziale chor. nerw. we Lwowie (z powodu *ischias)*, stwierdzono u niej asymetrję źrenic. Horner, którego obserwuje się obecnie należy więc do t. zw. wrodzonego syndromu Hornerowskiego, którego względną częstość podkreśla n. p. Dejerine.

Mamy więc w przypadku naszym przy stosunkowo dyskretnych objawach do czynienia z trzema różnemi zespołami objawowemi o różnorakiej etjologji: z zespołem Hornera wrodzonym, z zespołem n. uszno-skroniowego i zespołem prozoplegji na tle sprawy zapalnej lub urazowej (zabieg operacyjny).

Najmniej znanym przy powyższej etjologji jest naturalnie zespół uszno skroniowy. Nie znaczy to jednak, aby należał on do rzadkości; jakkolwiek jedyne dotychczas zestawienie kliniczne liczniejszych przypadków przez Brew'a i Borer'a z kliniki chirurgicznej Mayo rozpatruje tę sprawę jako wyjątkowe i przypadkowe zejście zapaleń przyusznicy, nie próbując nawet dotrzeć do jego patogenezy, bliższe przyjrzenie się odpowiedniemu materjałowi klinicznemu prowadzi do wniosków zupełnie przeciwnych. Dokładniejsze badanie neurologiczne pozwala odnaleźć zespół uszno-skroniowy — wyraźniej lub dyskretniej wyrażony — bodaj że w większości przypadków operowanych zapaleń ropnych ślinianki przyusznej. Piśmiennictwo lekarskie jedynie nie zainteresowało się jeszcze tym syndromem w stopniu, na jaki z punktu widzenia teoretycznego, patofizjologicznego, zasługuje. U nas poza Freyówną przypadki podobne podali Lipsztat i Drac.

Ostatnio czynione były również próby operacyjnego leczenia zespołu tego w jego najsilniejszych, uciążliwych nieco dla chorego postaciach. Dobrowolski i Triumphoff wykonywali w tym celu przecięcie n. uszno-skroniowego i usznego większego, będącego gałązką n. karkowego (rdzeniowego), otrzymując jakoby znaczne polepszenie. Ilość dokonanych dotychczas zabiegów (2) i względna złożoność patofizjologiczna następstw, do jakich zabieg taki prowadzić może, nie pozwalają jeszcze na wysnucie jakichkolwiek wniosków o terapeutycznej wartości tej metody. Gdyby istotnie wyniki jej okazały się zbawienne, nie przeczyłoby to zupełnie wysuniętej powyżej patogenezie syndromu uszno-skroniowego, a nawet poniekąd potwierdzałoby jej słuszność.

Piśmiennictwo:

1) Böwing Störungen d. Gefassfunktion. Klin. Woch. 1923. 46. — 2) Tenże: Vegetatives Nervensystem und Haut. Jahreskurs. f. aerzl. Fortbl. 1924. 4. — 3) Tenże: Zur Pathologie d. vegetat. Funk. d. Haut. Dtsch. Ztschr. f. Nervenk. 1923. 1. — 4) Brew Gordon i Borer H. E. Clinique Mayo 1923. (spraw.). — 5) Dennig: Stud. üb. Gefässreflexe. Dtsch. Zeitsch. f. Nerv. 1922. 5. — 6) Dejerine: Semiologie d. affect. d. syst. nerv. 1914. — 7) Filimonoff: Zur Lehre üb. d. Verteilung d. Störungen d. Schweissabsonderung. Ztsch. f. d. ges. Nerv. u. Psych. 1923. 1. — 8) Frey L. Le syndrome d. n. auriculo-temporel. Rev. neurol. 1923. II. — 9) Hartman E. Les consequences physiol. et pathol. d. 1. section du trijumeau. Ann. d'oculist. 1924 3. — 10) Hess i Bermann: Ueber Gefassreflexe. Wien. klin. Woch. 1913.

[1]) Gałązki smakowe przedniej części języka, należące do n. językowego przenoszą odpowiednie bodźce do wyżej położonego nucl. salivator. superior.

[2]) Ośrodki wydzielania potu dla twarzy znajdują się w rdzeniu szyjnym (Filimonow). Powyżej, co zostało stwierdzone licznemi doświadczeniami, ośrodków potowych niema.

[3]) Przyjmując szemat Müllera, za zespół podrażnieniowy ze strony włókien sympatycznych uznać należałoby: zwężenie naczyń, a więc zblędnięcie skóry i nadmierną potliwość — objawy należące równocześnie do obrazu porażenia odpowiednich dróg parasympatycznych. Zespół odwrotny: zarumienienie i anhydrosis odpowiadałby porażeniu dróg sympatycznych, o podrażnieniu parasympatycznych. Z tym drugim obrazem spotykamy się istotnie przy urazie lub przecięciu dróg sympatycznych, idących ze zwoju szyjnego górnego do splotu tętnicy szyjnej, a stamtąd do skóry twarzy. Natomiast przy przecinaniu całego pnia n. trójdzielnego, w okolicy zwoju Gassera, wzgl. ponad nim, otrzymywał Hoffman bądź typowy zespół uszno-skroniowy, bądź jego ustalenie się, t. j. stały rumieniec i nadpotliwość, a jednocześnie i nadmiar śliny po stronie zabiegu.

32. — 11) Hess i Königstein: Ueber Neurosen d. Hautgefässe. Wien. klin. Woch. 1911. 42. — 12) Higier H. Viscerale oder vegetative Neurologie 1912. — 13) Lipsztat: Przypadek umiejscowionego pocenia się podczas jedzenia. Neurologia polska 1922. 383. — 14) Müller L. R. Lebensnerven. 1924. — 15) Müller L. R. i Dahl W.: Die Beteilung d. sympat. Nervensystem a. d. Kopfinnervation. Dtsch. Arch. 1910. 99. — 16) Odermatt W.: Die Schmerzempf. d. Blutgefässe 1922. — 17) Oppenheim: Lehrbuch. d. Nervenkrankheiten I. 1923. — 18) Parhon: Revue neurolog. 1924. 3. — 19) Pettè: Trigeminusnauralgie u. Sympathicus. Münch. med. Woch. 1924. (cit.). — 20) Triumphoff: Eine besondere Art. v. Hyperhidrosis. Centralorg. f. d. Ges. Chirurgie. 1925. IV. — 21) Weber: Presse medic. 1905. 14. — 22) Wenderowitsch: Zur Pathogenese u. chirurg. Behandl. d. circumskript. Hyperhidros. (sprawozd. ze Zjazdu Leningrad 1925. cit.).

Z PRAKTYKI.

Dr. Fr. NARÓG, asystent kliniki. Lwów.

Wyniki lecznicze po zastosowaniu promieni pozafiołkowych w chorobach ocznych*).

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. A. Bednarski.

Naświetlanie promieniami pozafiołkowemi w chorobach ocznych stosujemy na tutejszej klinice od półtora roku. W Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 49. 1924 przytoczyłem w odczycie p. t.: „Wpływ promieni świetlnych na choroby oczne" wyniki uzyskane przez autorów przy rozmaitych rodzajach i sposobach naświetlania. Sprawę omówiłem z punktu widzenia higjenicznego. Szerzej zastanowiłem się nad działaniem leczniczem i szkodliwem rozmaitych rodzaji promieni na oko. W dzisiejszym odczycie ograniczę się tylko do podania wyników po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi, z pominięciem przypadków, leczonych promieniami radu i Roentgena.

Do naświetlań używaliśmy lampy łukowej typu Birch-Hirschfelda, otrzymanej z fundacji Rockefellera. Skład tej lampy jest uwidoczniony na rycinach w Zeitschr. f. opht. Optik T. 12. Z. 5. 1924 i w odbitce p. t. Karl Zeiss Jena, Druckschrift: M. 157. B. Składa się ona zasadniczo z 2 części: z aparatu zawierającego 2 węgle, regulowane mechanizmem zegarowym i z nakrywki. W otworze ciemnej nakrywki, która nie przepuszcza żadnego światła są umiejscowione z przodu: soczewka skupiająca (kondensator) z kwarcu i filter ze szkła fiołkowego (Uviolglasfilter). Soczewka skupiająca jest płasko-wypukła, z wolnym otworem wielkości 45 mm i ogniskową 67 mm, filter fiołkowy jest ze szkła szottskiego (Schottsche Uviolglass) grubości 2 mm, przepuszczający promienie o długości fali 450—280 μ. Lampę załącza się do kontaktu elektrycznego o stałym prądzie 5 Amperów. Źródłem światła są węgle 200/5 mm i 115/6 mm, z których dłuższy i cieńszy umiejscowiony jest poziomo, a grubszy i krótszy pionowo. Mechanizm zegarowy reguluje się w ten sposób ażeby się stykały końce węgli. Wadą tej lampy jest to, że czasem końce przesuwają się nierównomiernie i lampa gaśnie, tak że potrzeba często dużo cierpliwości ze strony naświetlającego. Samo naświetlanie wymaga dużo czasu. Bieg promieni jest tego rodzaju, że źródło światła przechodza przez kondensator kwarcowy i filter fiołkowy, który przepuszcza tylko promienie o długości fali 450—280 μ. Przed aparatem jest umiejscowione na stojaku walcowate naczynie z kwarcu, z otworkiem w górze i dwoma denkami po bokach. Napełnia się je 1% siarczanem miedzi lub ½% siarczanem amonowym żelaza, który się zmienia co 2 tygodnie z chwilą, gdy płyn staje się żółtym. Zadaniem płynu jest wchłanianie promieni cieplnych. Na drugiem ramieniu stojaka znajduje się soczewka kwarcowa płasko-wypukła, zwrócona swą wypukłą powierzchnią do źródła światła, o ogniskowej 67 mm, która skupia promienie na miejscu naświetlanem. Lampy tej można używać do badań w świetle bezczerwiennem. W tym celu usuwa się z otworu aparatu kwarcowy kondensator i filter fiołkowy, a zakłada się filter, zatrzymujący czerwone promienie i szklany kondensator. Najlepszą i najpraktyczniejszą ma być łukowa lampa szczelinowa Vogta, która z pewnemi zmianami może być użyta jako lampa szczelinowa, jako lampa do naświetlań według Birch-Hirschfelda i jako lampa do badań w świetle bezczerwiennem. Kondensator wymaga częstego czyszczenia z powodu osadu popiołu z palących się węgli.

Ogółem naświetlano 178 przypadków ze spostrzeganemi i notowanemi zmianami. Przy padki bez dokładnych obserwacji pomijam. Na załączonej tablicy są uwidocznione w pierwszym rzędzie dobre wyniki, w drugim średnie, w trzecim z nieznaczną poprawą i w czwartym bez poprawy. W 93 przypadkach uzyskano wyniki dobre, w 44 średnie, w 29 nieznaczną poprawę, a w 12 żadnej poprawy.

Tablica.

Rodzaj choroby	Dobre wyniki	Średnie	Z nieznaczną popraw.	Bez poprawy
Chroniczne zapalenie brzegu powiek (blepharitis squamosa) .	20	12	1	—
Ropne zapalenie brzegu powiek (blepharitis ulcerosa)	2	2	—	1
Chroniczne zapalenie woreczka łzowego (dacryocystitis chron.) .	19	4	3	—
Ropne zapalenie woreczka łzowego	3	2	2	—
Przetoki woreczka łzowego . . .	4	—	—	—
Zapalenie ostre gruczołów łzowych (choroba Mikulicza)	1	—	—	—
Gruźlica spojówki	1	—	—	—
Zapalenie jaglicze	—	—	—	4
Łuszczka przy jaglicy	—	6	13	2
Zapalenie pryszczykowe rogówki i spojówki	19	4	2	—
Zapalanie nadtwardówkowe (episcleritis)	1	2	2	—
Zapalenie rogówki w postaci tarczy (keratitis disciformis) . . .	1	—	1	—
Zapalenie rogówki pierścieniowate (keratitis centralis annularis) .	—	1	—	—
Wrzód pełzający rogówki . . .	6	3	1	—
Wrzody urazowe z przebiciem rogówki	—	4	1	—
Wrzód rogówki przy nieżycie spojówki	2	—	—	—
Nacieczenie całkowite rogówki przy jaglicy (Infiltratio corneae totalis, Ulcus corneae serpens) . .	1	—	—	—
Wrzód przy jaglicy	4	1	—	—
Zapalenie miąższowe rogówki . .	—	1	—	2
Zwyrodnienie rogówki	—	—	—	2
Zapalenie tęczówki	9	2	—	—
Męty w ciałku szklistem	—	—	2	—
Zapalenie gruźlicze jagodówki . .	—	—	1	1

W chronicznem zapaleniu brzegu powiek z łuseczkami uzyskano w 20 przypadkach dobre wyniki, w 12 średnie, w jednym przypadku bardzo nieznaczną poprawę. Niektóre przypadki należały do bardzo uporczywych. Poprzednio były leczone miejscowo przez dłuższy przeciąg czasu bez skutku. Po zastosowaniu naświetlań w 1 przypadku po 2 tygodniach, w innych po miesiącu do 3 miesięcy znikało zaczerwienienie brzegu powiek. W przypadkach z wynikiem średnim pozostawały zgrubiałe brodawki cebulek włosowych. Miejscowo wspomagano leczenie przyżeganiem brzegu powiek 2% lapisem. W 3 przypadkach nastąpiły nawroty. Były to przypadki krótko leczone. W przypadku, w którym nastąpiła bardzo nieznaczna poprawa były cięższe objawy skazy wysiękowej.

W ropnem zapaleniu brzegu powiek uzyskano przy równoczesnem przyżeganiu 2% lapisem 2 wyniki dobre, 2 średnie. Jeden z przypadków dobrych dotyczył technika, który poprzednio był leczony miejscowo wszelkiemi możliwemi sposobami. Drugi dotyczył 22 l. panny, która przeszła cały szereg kuracji miejscowych

---

*) Wykład zgłoszony na XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich 1925. w Warszawie.

bez poprawy lub z chwilową poprawą. W tym przypadku wyrywano również rzęsy bez widocznego polepszenia, dopiero naświetlanie przez przeciąg 2 miesięcy sprawiło, że powieki zbladły, rzęsy odrosły, wrzodziki i łuski ustąpiły. Żadnej poprawy nie uzyskano w jednym przypadku dotyczącym siostry szpitalnej, w którym pomimo leczenia miejscowego i ogólnego autowakcynami rzęsy stale wypadały wskutek odnawiania się wrzodzików w okolicy brzegu powiek. We krwi stwierdzono eozynofilję. Chorej wyrywano dawniej w czasie leczenia rzesy, co jednak nie wpłynęło na zmianę stanu chorobowego. W przypadkach oznaczonych przez wyniki średnie pozostało lekkie zaczerwienienie brzegu powiek.

W zapaleniach chronicznych woreczka łzowego uzyskano 19 wyników dobrych, 4 średnie, w 3 bardzo nieznaczną poprawę. W przewlekłych zapaleniach woreczka łzowego prócz naświetlań codziennych po 10 minut z filtrem lub bez filtru stosowano wyjątkowo nacięcie punkcików łzowych i przestrzykiwano stale rozczynem: *sol. jodico-jodata P 5.* W razie niedrożności kanalików zakładano zgłębnik, gdy natomiast kanaliki nosowo-łzowe przepuszczały płyn, unikano zbytecznego zgłębnikowania. Do dobrych wyników zaliczono te przypadki, w których wydzielina z woreczka nie dała się wycisnąć, a kanaliki były drożne, do średnich te przypadki, w których dała się wycisnąć wydzielina śluzowa przy drożnych kanalikach, do nieznacznej poprawy te, w których łzawienie trwało i kanaliki nie dały się przestrzyknąć lub z trudem można je było przestrzyknąć, a wydzielina pozostała śluzowa. Czas leczenia trwał przeciętnie 6—8 tygodni.

W trzech przypadkach zapalenia ropnego woreczka łzowego nastąpiło całkowite wyleczenie po stosowaniu najpierw gorących okładów na okolicę woreczka, następnie sondy, przestrzykiwań i naświetlań. W dwóch przypadkach uzyskano wynik średni, a w dwóch przypadkach, dotyczących dzieci dała się wycisnąć z woreczka wydzielina śluzowa nieco ropna. W tych przypadkach jednak mało przestrzykiwano kanaliki, gdyż dzieci były niespokojne.

W 4 przypadkach przetoki woreczka łzowego uzyskano dobre wyniki przy równoczesnem przypalaniu skrystalizowanym lapisem. Dwa z tych przypadków dotyczyły noworodków, u których w życiu płodowem przyszło do zatkania kanalików łzowych, a w kilka dni po porodzie nastąpiło przebicie ropy nazewnątrz. Jedna trzecia zapaleń woreczka łzowego należała do gruźliczych. Charakteryzuje je guz w okolicy woreczka łzowego płowo zabarwiony, nie dający się wycisnąć, o ciastowatem, elastycznem, niebolesnem wypukleniu, zmiany w nosie i na skórze, obrzęk gruczołów, i wygląd chorego. Przetoki mają miękkie podminowane brzegi i gąbczaste granulacje. Jeżeli się zestawi wyniki uzyskane w tych przypadkach po codziennem naświetlaniu z przestrzykiwaniami z wynikami podanemi przez Kumera, Sallmanna po radzie, stosowanym przeciętnie co dwa tygodnie w 8 posiedzeniach, to przewyższają one wyniki tych autorów krótszym czasem leczenia, a w wynikach wcale nie ustępują wynikom przez nich przytoczonym. Działanie promieni lampy łukowej Birch-Hirschfelda bez filtru na okolicę woreczka łzowego uwydatnia sie w sile bakterjobójczej na bakterje i w sile thermo-reakcyjnej, wpływającej na rozszerzenie kanalików łzowych.

W przypadku symetrycznego obrzęku ostrego gruczołów łzowych, które to przypadki wlicza Detzel do choroby Mikulicza nastąpiła zupełna poprawa po tygodniu naświetlania. Hist. chor. Nr. 16. 1924/25.

W przypadku gruźlicy spojówki u dziewczynki 5-letniej hist. chor. 7. 1925. szpit. św. Zofji stwierdzono na spojówce górnej powieki o. l. wrzód wielkości grosza o brzegach miękkich, pozaciąganych, pokrytych granulacjami, sięgający w głąb do tarczki, zajmujący środek powieki. Spojówka w okolicy wrzodu była nieco zbliznowaciała. Badanie histologiczne wyciętego skrawka przerosłej spojówki w Zakładzie anatomji patologicznej wykazało utkanie gruzełka gruźliczego. Naświetlanie przez 2 miesiące wywróconej powieki promien. pozafiołkowemi częściowo z filtrem, częściowo bez filtru dało wynik dobry. Leczenie miejscowe poparto leczeniem ogólnem przez 5 wstrzyknięć angiolimfy wobec stwierdzonego powiększenia licznych gruczołów i zaostrzenia szmerów oddechowych. Jako zejście pozostały delikatne bliżeńki na spojówce szaro-różowej. Przypadek spostrzegany w 4 miesiące później wykazał utrzymujące się wyleczenie spojówki powiekowej.

Naświetlanie jaglicy ziarnistej w 4 przypadkach przy wywróconych powiekach promieniami, jużto przepuszczonemi przez filtr, jużto bez filtru, nie dało lepszych wyników niż po innych środkach. Zaliczono zatem wynik tych przypadków do ujemnych.

W 6 przypadkach grubej łuszczki jagliczej otrzymano wynik średni z nieznaczną poprawą bystrości wzroku i objawów zapalnych, w 13 przyp. bardzo nieznaczną poprawę bystrości wzroku, w 2 przypadkach żadnej poprawy bystrości wzroku. Działanie promieni w tych przypadkach było ożywiające na spojówkę, niereagującą już prawie wskutek ciągłego stosowania na leki miejscowe i wpływało dodatnio na żywszą przemianę materji. Zastosowane leki po naświetlaniu działały o wiele szybciej i żywiej na stan chorobowy, niż poprzednio. Dlatego dała się zauważyć większa poprawa po lekach, stosowanych następnie po naświetlaniu. Widoczną jednak poprawę ogólną i bystrości wzroku w przypadkach grubej łuszczki jagliczej zauważyłem przeważnie po podspojówkowych wstrzykiwaniach roztworów pepsyny.

W 19 przypadkach zapalenia pryszczykowego spojówki i rogówki otrzymano wyniki dobre, w 4 średnie, w jednym nieznaczną poprawę. W przypadku złośliwego zapalenia pryszczykowego o głębokich naciekach w rogówce z rozległemi ubytkami powierzchownych warstw rogówkowych, (hist. chor. Nr. 69. 1924) w którym zaledwie było poczucie światła świecy na 6 m i lokalizacja dobra, nastąpiła poprawa bystrości wzroku na 5/20 w przeciągu miesiąca. Zauważono szybkie oczyszczanie się wrzodu i żywą regenerację nabłonka. W przypadkach zapaleń pryszczykowych z podwyższoną temperatura, którą stale mierzono u wszystkich chorych w szpitaliku Św. Zofji, badali ogólny stan chorych dr. Fritz i dr. Brichta, asystenci kliniki dziecięcej. Z końcem leczenia kontrolowano ogólny stan chorych. W przypadkach, gdzie stwierdzono podwyższenie temperatury i zmiany w zakresie gruczołów i płuc, stosowano ze znaczną ogólną poprawą wstrzykiwania angiolimfy, w przypadkach uporczywych miejscowe naświetlanie. Przy tem postępowaniu skrócono znacznie czas leczenia i osiągnięto lepsze wyniki co do bystrości wzroku niż przy leczeniu miejscowem bez czynników ogólnych i fizykalnych. W 2 przypadkach nastąpiła nieznaczna poprawa, gdyż stan ogólny był zły.

W jednym przypadku zapalenia nadtwardówkowego otrzymano dobry wynik po 2 tygodniach. Znikło zaczerwienienie i guzek nadtwardówkowy. W 2 innych przypadkach uzyskano wynik średni, gdyż twardówka niebiesko przyświecała; zaczerwienienie powtarzało się. W 2 przypadkach sklerotycznego zapalenia rogówki z gęstemi bliznami na rogówce nie uzyskano żadnej poprawy co do bystrości wzroku. Bardzo znaczna poprawa nastąpiła dopiero po zastosowaniu pepsyny. Światło zatem nie wpływa na wyjaśnianie się blizn.

W bardzo uporczywem zapaleniu rogówki w postaci tarczy *(keratitis disciformis)* otrzymano po naświetlaniu w jednym przypadku poprawę bystrości wzroku z 1 m palce na 5/30., w drugim nieznaczną poprawę. W ostatnim przypadku powtórzone punkcje rogówki wpłynęły odżywczo na stan rogówki. Chory odszedł z gęstą blizną cetralną rogówki licząc palce przed okiem.

W zapaleniu miąższowem rogówki nastąpiła w jednym przypadku średnia poprawa z częściowem wyjaśnieniem się rogówki w 2 przypadkach natomiast nie było żadnej poprawy. Dość dobre wyniki uzyskano w tego rodzaju przypadkach po stosowaniu airolu i bizmutu w postaci zastrzyków.

W przypadku*) niekiłowego zapalenia pierścieniowatego rogówki*(keratitis centralis annularis non luetica*, jako *analogon* do *keratitis centralis annularis* Vossiusa na tle kiły) wystąpił centralnie na rogówce głęboki naciek w postaci pierścienia na tle zakażenia gronkowcem złocistym, wyhodowanym na agarze *ascites* i uporczywie się utrzymywał. Środki ogólne i miejscowe nie działały. Naświetlaniem uzyskano średni wynik, pomimo późniejszego stosowania punkcji. Po 2 miesiącach leczenia pozostała blizna centralna na rogówce. Bystrość wzroku wynosiła 1 m. palca.

Odnośnie do wrzodów pełzających rogówki uzyskano dobre wyniki w 6 przypadkach, średnie w 3 ., bardzo nieznaczną poprawę w jednym. Do dobrych wyników należały przypadki ze znacznem nacieczeniem rogówki, w których bystrość wzroku końcowa wynosiła w jednym przypadku 5/20, w drugim 5/15. W jednym przypadku ciężkim, powikłanym z przewlekłem zapaleniem woreczka łzowego, w którym rogówka była do połowy naciekła wskutek zakażenia dwoinkami Morax-Axenfelda (liczne dwoinki w preparatach) zejściem była blizna na rogówce z tylnemi przyczepinami. Bystrość wzroku wynosiła palce przed okiem. Do średnich wliczono 3 przypadki ciężkie, w których nastąpiło zwężenie źrenicy, tylne przyczepiny i blizny na rogówce. Chorzy mieli dobre poczucie światła na 6 m i dobrą lokalizację tak, że w przyszłości będzie można wykonać irydektomję. W jednym przypadku nastąpiła nieznaczna poprawa, przyszło bowiem do wytworzenia się gęstej blizny na rogówce, zwężenia źrenicy i tylnych przyczepin, przyczem utrzymywało się lekkie nastrzykanie rzęskowe. We wszystkich przypadkach stosowano nadto wstrzykiwania propidonu, w połowie przypadków po-

*) Przypadek przedstawiono na posiedzeniu Kółka szpitalnego w styczniu 1925 roku.

wtarzano kilkakrotnie punkcje rogówkowe, które wpływały odżywczo na rogówkę. Naświetlanie działało tylko jako środek pomocniczy i miało częściowy wpływ na ograniczenie się sprawy chorobowej. Czy punkcje w tych razach lepiej działały na powstrzymanie procesu chorobowego, czy naświetlanie, wykażą dopiero spostrzeżenia przy stosowaniu samych punkcji bez naświetlań. W 4-ch przypadkach dało się ograniczyć proces chorobowy przy pomocniczo stosowanem naświetlaniu bez punkcji. W żadnym przypadku nie przyszło do utraty oka. Wyniki jednak nasze nie pokrywają się z wynikami Birch-Hirschfelda, który podaje na 300 przypadków wrzodów pełzających 92% wyleczonych naświetlaniem. Odnosi się wrażenie, że byłoby ryzykowną rzeczą pozostawić wrzody pełzające w leczeniu samem światłem. Przy innych środkach światło stanowczo działa w znacznej mierze na ograniczenie się procesu chorobowego. Wskutek działania bakterjobójczego promieni śledzi się stopniowo ograniczanie się procesu chorobowego. Doświadczalne próby z kulkudniowemi przerwami w naświetlaniu wykazały odnawianie się nacieków już prawie ograniczonych. W niektórych przypadkach stosowano naświetlanie 5 minut raz na dzień, w innych dwa razy dziennie.

W 4 przypadkach wrzodów urazowych z przebiciem rogówki otrzymano wyniki średnie, w jednym nieznaczną poprawę. Nie zauważono lepszych wyników po stosowaniu naświetlań w tych przypadkach od wyników po innych środkach.

W dwu przypadkach przybrzeżnego wrzodu rogówki wskutek nieżytu spojówki uzyskano wynik dobry z delikatną blizenką.

W przypadku całkowitego nacieczenia rogówki *(infiltratio corneae totalis)* przy jaglicy, w którym cała rogówka była białożółto naciekła i spłaszczona z głębokiemi ubytkami prawdopodobnie po wrzodzie sierpowatym, a rokowanie było złe, po 2 miesiącach naświetlania rogówka oczyściła się tak, że pozostała blizna z wpadniętą tęczówką. Chory następnie po zastosowaniu jednorazowem pepsyny liczył palce na 20 cm. Hist. chor. 54. 1924/25. Na agarze *ascites* wyhodowano w zakładzie bakterjologji gronkowca białego. Chorego w stanie całkowitego nacieczenia rogówki przysłał na klinikę okulista po zastosowaniu wszystkich możliwych środków miejscowo i ogólnie.

W przypadku wrzodu rogówki przy jaglicy z odwinięciem powieki dolnej oczyścił się wrzód po naświetlaniu w przeciągu miesiąca, a chory miał bystrość wzroku 4/50. Nie było lepszego wyniku niż po innych środkach. W 4 innych przypadkach wrzodów przy jaglicy uzyskano wynik dobry. Jako zejście pozostały delikatne blizenki. W 2 przypadkach zwyrodnienia rogówki nie uzyskano żadnej poprawy.

Przy zapaleniu tęczówki otrzymano w 9 przypadkach dobre wyniki, w 2 średnie. Zasługuje na wyszczególnienie przypadek przewlekłego zapalenia gruźliczego tęczówki*). Dotyczył on chorej w wieku 11 l., która miała zajęty lewy szczyt płuc. W przedniej komórce, dookoła zwieracza zwężonej źrenicy, z powodu zrostu tęczówki z soczewką, wystąpiły w okolicy zwieracza tęczówki 4 szaro-białe gruzełki. Zasłonił je następnie wysięk, który wypełnił całą przednią komórkę. Rogówka na błonie Descemeta była pokryta licznemi kuleczkowatemi osadami. Przypadek ten leczono przez pół roku wszystkiemi możliwemi środkami miejscowo, naświetlano ogólnie lampą kwarcową i stosowano wstrzykiwania ciał białkowych bez widocznej poprawy, dopiero przy zastosowaniu miejscowych naświetlań w przeciągu miesiąca stan się poprawił i chora uzyskała bystrość wzroku 4/60. W 8 przypadkach ostrych zapaleń tęczówki po naświetlaniach przez 2—4 tygodnie i po zakraplaniu tylko atropiny z kokainą do worka spojówkowego oko wróciło *„ad integrum“*. W 2 przypadkach uzykano średnią bystrość wzroku. W kilku świeżych przypadkach zapaleń tęczówki zauważono przy badaniu lampą szczelinową szybkie wessanie się ziarnistych precypitatów na błonie Descemeta.

W 2 przypadkach przy mętach w ciałku szklistem uzyskano chwilowo znaczną poprawę bystrości wzroku, ale stosowano równocześnie leczenie ogólne. Naświetlano zbliżając soczewkę do oka, ażeby ognisko soczewki padło na głębsze części oka.

W jednym przewlekłym przypadku zapalenia jagodówki obu oczu nie uzyskano żadnej poprawy. W innym przewlekłym przypadku zapalenia jagodówki z licznemi precypitatami, które jakby różaniec utrzymywały się wieńcowato na błonie Descemeta, przy oku bladem, nastąpiła bardzo nieznaczna poprawa, gdyż tylko niektóre precypitaty uległy wessaniu. Chory w przeciągu 2. l. był leczony wszystkiemi możliwemi środkami miejscowo i ogólnie. Bystrość wzroku utrzymywała się z przerwami na $^{5}/_{10}$. Czytał J. N. 1. Wassermann był ujemny. Zajęcie szczytu płuc przemawiało za gruźlicą.

Przytoczone przypadki dotyczą chorych, którzy pozostawali w mojej obserwacji na klinice.

Technika naświetlań jest całkiem pojedyncza. Na świetlne koło, pochodzące od promieni z aparatu, skierowuje się koło promieni przepuszczonych przez soczewkę płasko wypukłą, która można dowolnie poruszać. Gałkę oczną naświetlano 5—10 minut tylko przy pomocy filtru ze względu na szkodliwość promieni cieplnych. Okolice oka naświetlano często bez filtru przy zamkniętych oczach. Ten sposób naświetlania stosowano często przy zapaleniach woreczka łzowego. Po naświetlaniu zauważono nieznaczne zaczerwienienie części naświetlanych.

Ogółem biorąc nasze wyniki nie pokrywają się z wynikami autorów, którzy podają cały szereg dobrych wyników, jak to uwidoczniłem w poprzedniej pracy. Wskazania do naświetlań zatem ścieśniłbym. Do naświetlań należałoby przeznaczać te przypadki, w których inne środki nie działają. Odpowiednio do zabójczego działania promieni na bakterje najlepiej nadają się do naświetlań i najlepsze wyniki uzyskano w schorzeniach gruźliczych i w procesach zakaźnych woreczka łzowego, brzegu powiek oraz rogówki. Względnie dobrym środkiem pomocniczym okazało się naświetlanie wrzodów pełzających rogówki przy równoczesnem stosowaniu innych środków. Stanowczo wpływ światła odgrywa znaczną rolę w lecznictwie wrzodów pełzających rogówki. Poprawę można zauważyć dopiero po pewnym czasie, kiedy żywotność bakterji osłabnie. Jedno naświetlanie przez 5 minut na dzień jest niewystarczające, trzeba naświetlać przynajmniej dwa razy dziennie po 6—10 minut. Przy ciągłej i stałej obserwacji zauważa się nasilanie procesu chorobowego, a następnie powolne oczyszczanie się rogówki. Przy wszystkich wrzodach rogówkowych można stosować naświetlanie. Tam, gdzie inne środki wystarczają, nie jest wskazanem naświetlanie, ale przy wrzodach ciężkich, gdzie jest złe rokowanie, można przy pomocy światła wiele pomóc, a nawet uratować oko.

Każda metoda lecznicza jeszcze nie udoskonalona ma swoich zwolenników i przeciwników. Dla przeciwników tej metody leczniczej może posłużyć jako dowód działania promieni przypadek całkowitego nacieczenia rogówki z głębokiemi ubytkami. Chorego przysłał okulista, który załączył na kartce dotychczasowy sposób leczenia białkami, szczepionkami, przypalaniem i wszelkiemi możliwemi środkami. Stan oka był tego rodzaju, że po wrzodzie pełzającym przy jaglicy przyszło do całkowitego nacieczenia i spłaszczenia rogówki. Badanie bakterjologiczne wykazało gronkowce. Głębsze części oka były niewidoczne tak, że przez 3. tygodnie zgodnie rokowano zanik gałki. Chory wyrażał jedynie życzenie, ażeby mu jej nie wyjęto. Rogówka jednak oczyściła się po 6. tygodniach tak, że pozostała blizna z wpadniętą tęczówką, a chory miał dobre poczucie światła. Po zastosowanem wstrzyknięciu pepsyny chory liczył palce na 20 cm. Drugim dowodem mógłby być przytoczony przypadek gruźliczego zapalenia tęczówki, który pozostawał przez pół roku również w leczeniu 2. innych kolegów. Stosowano u chorej wszystkie możliwe środki miejscowo przy leczeniu ogólnem. Chora miała dobre poczucie światła stoczkiem i dobrą lokalizację. Nastrzykanie rzęskowe od czasu do czasu wracało. Po naświetlaniach rogówka się oczyściła, chora uzyskała bystrość wzroku $^{4}/_{50}$. Czytała grubszy druk. Stan poprawy utrzymuje się przez 2. lata do dnia dzisiejszego. Wreszcie trzecim dowodem mogłyby być wyniki po leczeniu wrzodu pełzającego. Przed $2^{1}/_{2}$ rokiem stosowano w jednym przypadku wrzodu pełzającego z zapaleniem chronicznem woreczka łzowego wszystkie możliwe środki miejscowo, białko i szczepionkę ogólnie i nałożono na nacieki rogówkowe płaty spojówkowe metodą Karclusa, a pomimo to przyszło do zaniku gałki. Od 2. lat z chwilą stosowania promieni ani w jednym przypadku wrzodów, chociaż ich jest znacznie więcej na klinice w leczeniu, niż poprzednio, nie przyszło do utraty gałki. Te trzy punkty podkreśliłem, ażeby uzasadnić podane jak najobjektywniej wyniki. Z drugiej strony na usprawiedliwienie, że nasze wyniki nie pokrywają się w całości z wynikami innych autorów, jak n. p. Birch-Hirschfelda, który podaje na 300 przypadków wrzodów pełzających 92% wyleczonych samem światłem, przytoczę to, że naświetlaliśmy w początkach przeważnie raz na dzień, podczas gdy on naświetlał 2—6 razy. Siła bakterjobójczych promieni działając częściej osłabia stale żywotność (wirulencję) bakterji, podczas, gdy przy jednym naświetlaniu na dzień po upływie 24 g. może wrócić żywotność bakterji do stanu poprzedniego. Różnicę tę zauważyłem w przyp., które naświetlałem 2. razy dziennie, jak to było przy całkowitem nacieczeniu rogówki i w przypadku wrzodu pełzającego. Silne na-

*) Przypadek przedstawiono na posiedzeniu naukowem Tow. Lek. 4. kwietnia 1924.

cieki ograniczały się po tygodniu do dwóch tygodni. Czas leczenia trwał 4—6 tygodni. Przed naświetlaniem wkraplano do worka spojówkowego przy wrzodach kokainę 2% i fluoryscynę 2‰, która działa uczulająco na bakterje. Według Passowa ma wkraplane Rose bengale zwiększać siłę fotodynamiczną promieni 2—3 razy. Czas naświetlań oznaczano zapomocą zegara piaskowego. W dalszym ciągu okazało się naświetlanie promieniami pozafiołkowemi w znacznej mierze środkiem pomocniczym przy schorzeniach woreczka łzowego i w zapaleniu brzegu powiek, oraz tęczówki. Promienie pozafiołkowe działają chemicznie, zmniejszają odporność komórek patologicznych, które niszczą. Posiadają znaczną siłę bakterjobójczą w odniesieniu do bakterji i ich toksyn, a przez wywołane przekrwienie wzmagają przemianę materji. Wywierają znaczny wpływ jako bodziec na ożywienie tkanek. Działanie promieni zależy od czasu naświetlenia, od nasilenia źródła światła i od wchłaniania danej tkanki.

Nie należy zatem zaniedbywać tej metody leczniczej, która okazała się dobrym środkiem pomocniczym, a z poprawą i ulepszeniem techniki może oddać znaczne usługi na polu fizykalnego lecznictwa. (fizjatrji).

Piśmiennictwo:

W pracy: Wpływ promieni świetlnych na choroby oczne. Naróg. Pol. Gaz. Lek. Nr. 49. 1924. — Withers, Lanford: Amer. journ. of. ophth. B. 7. Nr. 7. 1924. — Politzer, G., W. Alberti: Zeitschr. f. Zellen u. Gewebslehre Bd. I. H. 3. S. 413. 1924.

Dr. B. GRÜNZWEIG. Morawska Ostrawa.

Przyczynek kazuistyczny do *arthro-lues tardiva* *)

Schorzenia kiłowe stawów stojące na pograniczu działalności syfilidologa, chirurga i internisty, traktowano dotychczas po macoszemu. Internista tej miary co Munk[1]), wypierał się ich niemal, twierdząc, że schorzenia kiłowe stawów są białemi krukami, podczas gdy syfilidologowie nie zajmowali się niemi zbytnio, rzadko się z niemi stykając, a chirurdzy (jak w przypadku Wysockiego) chcieli nożem usunąć cierpienie, gdyż i oni zapominali o możliwości istnienia kiłowej natury zmian w stawach. Słusznem jest, co prawda, zapatrywanie Munka, że i u kiłowego może być staw chory nie na tle kiłowem, ale z drugiej strony liczne prace lat ostatnich, jakoto Brünauera i Hassa[2]), Eislera[3]), H. Schlesingera[4]) i [5]) wykazują niezbicie, że kiła stawów, jest schorzeniem nie rzadkiem, a można rzec, że nawet częstem, jeśli się uwzględni, że przypadki omawiane w tych pracach obejmują obserwację ostatnich dwóch lat, — więc czasokres bardzo krótki, a mimoto przynoszą materjał tak co do ilości jak i różnorodności form nader obfity.

Przyczyna zapoznawania tej choroby tkwi przedewszystkiem, w tem, że niejednokrotnie, a priori wykluczamy myśl o kile, kierując się ubocznemi względami, przy rozpoznawaniu choroby, a szczególnie, gdy idzie o schorzenia stawów. Cabot-Ziesche[6]), podkreślają też słusznie w swej Diagnostyce, że u każdej osoby, czy młoda czy stara, bogata czy uboga, bez względu na jej charakter i usposobienie — kiła jest możliwą. Istnieje bowiem wiele możliwości nabycia tej choroby i na drodze pozapłciowej. To też Mathes[7]) oceniając monografję Schlesingera wyraża życzenie, „by wszyscy interniści dokładnie ją przestudjowali, a wówczas oszczędzi się chorym długiego i niepotrzebnego, a często uciążliwego leczenia, zwłaszcza, że właściwe leczenie może usunąć chorobę w zupełności".

Powodowany powyżej wymienionemi względami, ogłaszam przebieg choroby mej pacjentki, 38-letniej panny, urzędniczki, która w listopadzie 1925 r. zgłosiła się do mnie z bolami w rękach i nogach. Z anamnezy, którą inteligentna pacjentka na me życzenie sama spisała, wyjmuję tylko najważniejsze daty:

„Z końcem r. 1913 poczułam, osłabienie w prawej ręce, z początkiem zaś 1914 r. ból szczególnie w stawach palców tejże ręki, promieniujący aż do opuszek palców, jakoteż do przedramienia. Bole te potęgowały się w nocy, podczas gdy za dnia były znacznie mniejsze. W stawie garstkowym wyraźne tarcie. Leczono mnie na reumatyzm — ale bez skutku....... Rozpoznawano u mnie także zapalenie pochewki ścięgna i radzono bym nauczyła się pisać lewą ręką, wogóle bym więcej używała lewej ręki przez wzgląd na mój zawód. ......Trzechtygodniowy pobyt w Grado usunął wszelkie bole. W r. 1921 nawrót bolów w prawej ręce jakoteż nieznaczne bole w lewej, przyczem niektóre stawy palców już to puchły jużto klęsły, podczas gdy w stawie podstawowym prawego palca stale się utrzymywał ból, obrzęk i zaczerwienienie. Przypuszczałam, że wszystko jest następstwem zaziębienia którego się nabawiłam, pracując przez lata w zimnem, pełnem przeciągów biurze, które na dobitek miało kamienną posadzkę. Przeciwgośćcowe leczenie było bez żadnego skutku. Po kąpielach siarczanych w Trenczynie, masażu, elektromasażu, trwało przez trzy miesiące polepszenie.

W r. 1922 nawrót bolów w rękach, bole w piętach, kostkach, kolanach, chodzenie wprost niemożliwe, siadanie i wstawanie bardzo bolesne. Ponowne opuchnięcie w stawach palców i garstki, szczególnie po stronie prawej, przedewszystkiem palca II. i III., wskutek czego cała ręka jest zniekształcona. Wobec tego, że leczenie przeciwgośćcowe było bez skutku, zaczęto mnie leczyć na skazę moczanową: a więc nastąpiły: odpowiednia dieta, Marjenbad, piperazyna, i t. d. po krótkotrwałem polepszeniu nastąpił nowy nawrót bolów, i obrzęki w kształcie guzów na obu łokciach. Pod wpływem diatermji, jodu znowu poprawa. Dziwnem było, że mimo leczenia i zażywania leków, nie ustępowały obrzęki stawów, a przeciwnie inne stawy dotychczas zdrowe puchły, względnie bolały. Ponowna kuracja w Marjenbadzie z krótkotrwałem polepszeniem w r. 1923. Prof. we Wiedniu rozpoznaje u mnie *Arthritis deformans:* poleca Mirjon, Trenczyn i t. d. Nacięto guz na łokciu lewym, z którego usunięto białą miazgę. Guz na łokciu wkrótce znowu się utworzył. Po wstrzykiwaniach mirjonowych i kuracji w Trenczynie trwało polepszenie blisko sześć miesięcy.

W roku 1925 znowu bole w palcach, w garstce, w przedramieniu, w kolanach, plecach, w krzyżach, i biodrach i w prawym obojczyku, i nadzwyczajnie silnie w stopach. W palcach u nóg miałam wrażenie jakbym chodziła po gwoździach. Bole w kolanach szczególnie przy schodzeniu ze schodów. Ponowna kuracja w Trenczynie — poprawa czterotygodniowa — nawrót dawnych bolów, a nadto ból w palcu I i II u lewej ręki w stawie garstkowym i wszystkich podstawowych stawach palców tejże ręki. Nadto bole w prawej ręce, specjalnie w stawie podstawowym palca II i w stawie środkowym palca II i III., jakoteż w stawie garstkowym. Bole zaś w nogach szczególnie silne w kolanie prawem, uniemożliwiały mi wszelkie ruchy tą nogą."

Tyle podaje pacjentka, od siebie dodać muszę, że pacjentka jest dziedzicznie nieobciążona, dobrze zbudowana i odżywiona (mimo tak długiego schorzenia) nieco blada, stawia kroki z trudnością. Narządy wewnętrzne nie wykazują żadnych zmian, w moczu nie ma ani białka ani cukru.

Prawy staw garstkowy po stronie radjalnej lekko opuchnięty, natomiast obrzęk stawu podstawowego palca wskazującego ręki prawej jest znaczny (wielkości orzecha włoskiego). Międzyfalangalne stawy palca II, III i IV u ręki prawej znacznie nabrzmiałe, podczas gdy u ręki lewej tylko palec II u podstawy napuchnięty. *Spatium inteross. II.* u ręki prawej nieznacznie zapadnięte.

Ręka prawa wykazuje następujący obraz: zgięcie grzbietowe palca III. w stawie podstawowym, dłoniowe w stawie środkowym, podczas, gdy palec II. zbaczając na zewnątrz (ku łokciowi) zniekształca całą rękę. Wyraźne zgięcie grzbietowe stawu środkowego u palca IV. U ręki lewej nieznaczne są zboczenia, ograniczają się bowiem tylko do palca III. zgięcie grzbietowe w stawie podstawowym, a dłoniowe w stawie środkowym.

Punkty bolesne na ucisk: na palcu wskazującym po stronie rad. u nasady stawu podstawowego i stawu środkowego palca III. i IV. W stawie garstkowym miejsce odpowiadające *proc. styl. radii* na ucisk bolesne, u ręki lewej zaś punkt bolesny znajduje się po stronie radjalnej stawu środkowego palca III.

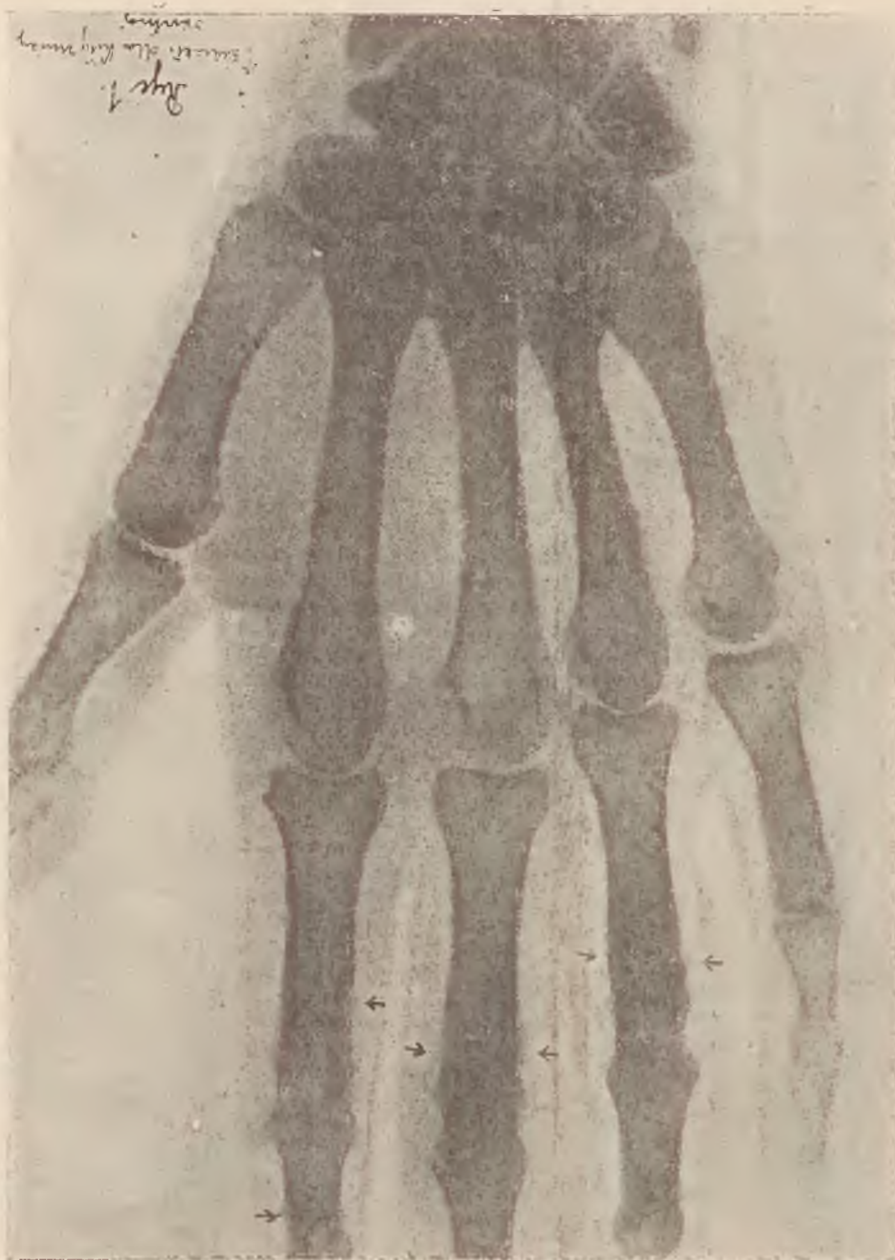
Ruchy palcami połączone z bolem, pacjentka nie może zamknąć dłoni prawej, podczas gdy dłoń lewą zamyka niedokładnie. Rozstawianie palców utrudnione więcej po stronie prawej niż po lewej.

Prawy staw obojczykowo-mostkowy lekko obrzękły, na ucisk i opukiwanie bolesny, a przy ruchach przedramienia prawego ku przodowi wyraźne tarcie.

Stawy kolanowe nie są obrzękłe. Wielka bolesność na ucisk w miejscach odpowiadających *epicondylus intern. femoris et tibiae* i to u obu kończyn dolnych, jakoteż tarcie w obu kolanach, które poprzednio miało być daleko wyraźniejsze. Stawy skokowe nie są obrzękłe ale bolesne tak przy ruchach biernych jak i czynnych. Nieznaczny obrzęk stawów podstawowych palca I. II. i III. kończyny prawej dolnej, ale stawy te są bardzo bolesne.

W okolicy obu łokci stwierdza się miękkie guzy wielkości jaja gołębiego, na ucisk prawie że niebolesne. (Ryc. I.).

*) Według demonstracji w Tow. lek. w Mor. Ostrawie z dn. 12. lutego 1926 roku.



Badanie Roentgenem (Dr. Hirsch) wykazuje: Prawa ręka: powierzchnie stawów *interphalan. i metakarpo phalang.* są bez zmian: odstęp międzystawowy prawie że normalnej szerokości. *Radjalne* brzegi stawu *metakarpo phal.* palca II. i pierwszy staw



interphal. palca III. wykazują małe ostro ograniczone, jakby wygryzione ubytki, przypominające obraz charakterystyczny dla *arthritis urica.* Cały obraz przepełniony jest jednak licznemi, małemi złogami dookoła okostnej na nasadach członów palc. specjalnie podstawowych, niektóre zaś z nich robią wrażenie jakby były wyżarte. Kości jako takie nie wykazują zaniku *(atrophii).* (Ryc. II.). Stawy łokciowe i kolanowe bez zmian.

Rozpoznanie roentgenologiczne: Zmiany kośćca ręki prawej przemawiają za procesem kiłowym.

Wassermann we krwi z wynikiem ujemnym. (Doc. Dr. Malerna-Opawa) ze stawów nie mogłem uzyskać dostatecznego materjału do odczynu Wassermanna, mimoto na podstawie dotychczasowych danych rozpoznałem *arthro-lues tardiva,* kierując się następującemi objawami, jakoto: symetryczne schorzenie stawów, istnienie punktów bolesnych, bole występujące szczególnie w nocy i wynik badania roentgenologicznego.

Uwagę moją zwróciły nadto dłuższe polepszenia po każdorazowem stosowaniu jodu. Kierując się powyższemi danemi zastosowałem plaster rtęciowy na pojedyncze stawy palców, rąk, kolan i t. d. Bole w krótkim czasie zelżały, pacjentka spała normalnie co utwierdziło mnie w mojem rozpoznaniu. Wobec tego też zastosowałem leczenie swoiste *(enésol,* jod, i t. d.). W ciągu leczenia powtórne badanie krwi wykazywało: Wa. uj. Meinickie uj. Sax Georgi uj. Kaup. dod. Borel dod. (Dr. Renc). Pacjentka miewała nawroty bolów szczególnie w nocy, które po paru godzinach względnie dniach ustępowały.

Z końcem leczenia stwierdzić mogłem, że wszystkie obrzęki prawie, że znikły, a pacjentka wykonywała wszelkie ruchy bez bolu, schodziła ze schodów z łatwością, a staw obojczykowo-mostkowy miał znowu wygląd normalny. Na ucisk i opukiwanie nie był wcale wrażliwy. Pacjentka jest obecnie zdolna do pracy, a z obrzęków i zniekształceń pozostały tylko ślady w stawie podstawowym palca II. i w stawie środkowym palca III. (Są to miejsca, które badanie Roentgen. wykazało jako ubytki, a których już żadne leczenie zmienić nie może).

Tak więc wynik leczenia potwierdził *ex juvantibus* przyrodę schorzenia, chociaż odczyn Wass. był stale ujemny, co

zresztą zdaniem wielu badaczy, a szczególnie Schlesingera niema poważniejszego dla rozpoznania znaczenia. (W jakiś czas po zakończeniu pierwszego leczenia dla podrażnienia wstrzyknąłem Neosal.: odczyn Wa. był ujemny tak we krwi jakoteż w płynie uzyskanym zapomocą nakłucia z guza w okolicy łokcia lewego). Powyżej opisany przypadek chorobowy zaliczyć muszę do grupy tych schorzeń stawowych na tle kiłowem, które Schlesinger obejmuje grupą, *Deformierende Gelenksprozesse* (o typie *Arthritis deformans progressiva)*, gdyż odpowiada prawie że w zupełności obrazowi przez niego podanemu, i tak:

1) 13 lat trwające cierpienie o powolnym początku z osłabieniem, z *paraestesiami*, bolami i obrzękami. Początkowo długoletnie przerwy później zniekształcenia stawów i wykrzywienia palców.

2) Symetryczne schorzenie stawów, zajęcie stawu obojczykowo-mostkowego, schorzenia nowych stawów mimo trwania procesu w stawach, zajętych już poprzednio chorobą.

3) Bolesność: szczególnie w nocy, jakoteż bole w stawach napozór niezajętych procesem chorobowym.

4) Punkty bolesne w stawach palców (w stawach *Metacarpophal. i Interphal.)* i na *epicondyll. femoris i tibiae.*

5) Upośledzone ruchy, brak przykurczeń, bardzo nieznaczny zanik mięśni.

6) Wynik badania Roentgen. liczne złogi na okostnej, na *diaphisach phalang.*

7) Leczenie przeciwko-reumatyczne jakoteż przeciwko skazie moczanowej bez skutku.

8) Dodatni wynik „próby farmakologicznej" (jod, kąpiele morskie, Mirion, a ostatnio plaster rtęciowy).

9) Skuteczność leczenia swoistego.

Schorzenie ogranicza się wyłącznie do systemu stawowego i kazi je stale na nowo — jak pisze Schlesinger — przyczem oszczędza resztę ustroju. Jestto — zdaniem jego — nie jakiś rzadki przebieg, wyjątkowa jakaś obserwacja, ale stały objaw, tem częściej się powtarzający im dłuższy czasokres upłynął od zakażenia".

Moja pacjentka nie wie zgoła o zakażeniu kiłowem u siebie, co zresztą w praktyce nierzadko się zdarza, a przy *Arthro-lues* prawie że za regułę uważać można. Kiedy jak i gdzie nastąpiło zakażenie u niej trudno obecnie powiedzieć. Kiłę wrodzoną można wykluczyć, bo niema u niej śladu ani *Keratitis parenchymatosa*, ani innych znamion (zęby-nos), któreby świadczyły za tem. Natomiast przeciwko takiemu przypuszczeniu przemawia wiek, trudno bowiem przyjąć kiłę wrodzoną z pierwszemi objawami w 26 roku życia. Musi więc to być kiła nabyta.

Natomiast pewnem jest, że zakażenie musiało nastąpić wiele lat przed rokiem 1913. Zdaniem laryngologów[8]) t. zw. kryptogenetyczna kiła jest często następstwem zakażenia przez ślinę (całus); ślina bowiem zanosi jad kiłowy na tak często uszkodzone migdałki, pełne zaułków lub ogołocone z nabłonka i t. d.*)).

Drugi okres minął u niej bez objawów, co zresztą też nie należy do rzadkości. Stadjum trzecie wybrało sobie u niej jako *locus minoris resis.* stawy. Rozpoznanie choroby w danym przypadku było trudne, gdyż żaden inny organ nie był tą chorobą dotknięty.

O wiele łatwiejsze było rozpoznanie u innej pacjentki, 57 letniej akuszerki, która również nic o swojej kile nie wiedziała, ale u chorej stwierdziłem przed trzema laty *Aortitis luetica*, z dodatnim Wassermannem i z charakterystyczną konfiguracją serca i aorty w Roentgenie. U tejże to pacjentki wystąpił przed paru miesiącami obrzęk w prawym stawie skokowym z wielką bolesnością, szczególnie w nocy. Plaster rtęciowy, jod, i wcierki usunęły bole, a staw wrócił do kształtów normalnych. Ciekawem było u tej pacjentki, że podczas pierwszego leczenia (enésol śródżylnie) przed trzema laty, w kości *metacarpus V.* ręki prawej, wystąpił proces kiłowy, który wygoił się ostatecznie ze zniekształceniem tejże kości. U tej to więc pacjentki była *arthro lues* stawu skokowego, ale nie można jej nazwać schorzeniem systemu w przeciwieństwie do mej pacjentki, u której jak powyżej zaznaczyłem, żaden inny organ nie był kiłą dotknięty.

Na zakończenie dodać muszę słów parę o rozpoznaniu różniczkowem w odniesieniu do pierwszego przypadku: Skazę moczanową możnaby było przyjąć przez wzgląd na te guzy na obu łokciach. Według Ortnera wyrostek łokciowy jest ulubionem miejscem, podobnie jak uszy, gdzie się tworzą tak zw. tophi. Treścią tych tworów jest jak wiadomo masa biała, miękka, składająca się ze soli moczanowych i kwasu moczowego, które łatwo można jako takie chemicznie, ewentualnie mikroskopowo stwierdzić. Tymczasem u mojej pacjentki wszelkie próby jakie przedsięwziąłem z płynem uzyskanym przez punkcję były ujemne, a nawet po dodaniu kwasu solnego pod mikroskopem nie można było stwierdzić żadnego kryształka kwasu moczowego, chociaż próba ta stale się udaje, o ile tylko w grę wchodzi skaza moczanowa. Ortner uważa ją za warunek *sine qua non*. Tak więc przyjąćby należało, że i na wyrostkach łokciowych mogą się tworzyć zgrubienia podobne z wyglądu do tophi nie mające nic wspólnego ze skazą moczanową.

Przeciw gośćcowi stawowemu przemawiała odporność na salicyl. brak jakichkolwiek kamplikacyj *(endocarditis, pleuritis, pericardis, nephritis* i t. d.) następnie anatomiczne zmiany stawowe, widoczne w Roentgenie nie są dla gośćca stawowego charakterystyczne.

Schorzenie stawów na tle wiewióru mogłem wykluczyć choćby przez wzgląd na bole, potęgujące się u mojej pacjentki w nocy. Nadto zajęcie stawu obojczykowo-mostkowego wykluczało samo przez się tę etjologję, wreszcie musielibyśmy widzieć w Roentgenie ubytki kości. I gruźlicę mogłem wykluczyć choćby już dlatego, że w żadnym innym narządzie jej nie było, że nie było zesztywnień, że nie było zaników, nie było gorączki, i ostatecznie *ex juvantibus, arthritis defor.* zaś nie zna bolów o nasileniu większem w nocy, niema punktów uciskowych w okolicy stawów, niema zapaleń okostnej ani ścięgien, a także umiejscowienie w stawie obojczykowo-mostkowym przemawiało przeciw *arthritis defor.* Formę Pierre-Marii wykluczało brak pałeczkowatych palców, a i bole przy tejże chorobie są w dzień większe niż w nocy. Rozpoznanie *arthro-lues* jest *w ogólności* niełatwą rzeczą, szczególniej, jeżeli oprócz zmian w stawach niema żadnych innych symptomów przemawiających za kiłą. Dokładne uwzględnienie wywiadów już może nam nasunąć myśl, że mamy do czynienia z tą chorobą (jak n. p. w moim przypadku stałe remisje po każdorazowem stosowaniu jodu *) a wówczas nic łatwiejszego, jak idąc za radą Schlesingera, zastosować plaster rtęciowy, lub szarą maść na schorzały staw, lub wreszcie wstrzyknąć rtęć, bismut, lub salwarsan. I zaraz okaże się skutek, bo albo znikną bole nocne i pacjent z zachwytem oświadczy że poraz pierwszy przespał noc spokojnie, lub też po krótkiem polepszeniu wystąpią nowe obrzęki i bole w stawach dotychczas procesem chorobowym nie zajętych, co Schlesinger uważa za Herxheimerowską reakcję. Słowem, czy ta lub owa zmiana nastąpi, lekarz będzie mógł śmiało wyjść z błędnego koła przypuszczeń, by przejść do twierdzenia, że dany proces chorobowy ma tło kiłowe. A pewność ta daje mu możność zastosowania leczenia swoistego, którego skutki nie długo dadzą na siebie czekać. Zastosowaniem plastra rtęciowego lub jednem wstrzyknięciem próbnem nie sprzeniewierzy się zasadzie: *Primum non nocere!*

Dlatego słusznie twierdzi w swej monografji Schlesinger, że obowiązkiem lekarza jest w każdym przypadku przewlekłego schorzenia stawów, pomyśleć, nietylko o skazie moczanowej, wiewiórze i urazie, ale też i o kile, a wówczas wykryje się u niejednego chorego *arthro lues.*

Tylko w ten sposób — można będzie rozpoznać te przypadki, które dotychczas zapoznawali interniści, chirurdzy i syfilidologowie.

Piśmiennictwo:

1) Munk w Speciele Pathol. u. Therapie Tom. IX. Cz. 2. Str. 749 i Munk. Med. Klinik Str. 202 z r. 1924. — 2) St. R. Brünauer i J. Has w Med. Klinik Str. 1463 z r. 1924. — 3) Fr. Eisler: Med. Klinik Str. 559 z r. 1924. 4) H. Schlesinger. — Med. Klinik. Str. 520 z r. 1924. — 5) Tenże: Suphilis u. innere Medizin I część: Die Arthrolues tardiva u. ihre Therapie. — 6) Cabot-Ziesche: Differentialdiagnose I. Str. 25. — 7) Mathes: Med. Klinik 1925. Str. 1938. — 8) Gerber w Handl. f. Geschlechtskr.: Syphilis der Mundrachenhöhle. 1913. 9) Ortner: Symptomatologie Tom I. Część 2. Str. 337.

*) Dr. Neumark ogłasza właśnie w Monatschr. für Ohrenheilkund u. Rhinol. przypadek sclerosis initialis na tonsilia lingualis.

*) Zajmujące byłyby wyniki próby farmakologicznej — w myśl intencji Schlesingera — u 160 chorych na arthr. defor. Fliegala i Straussa. — podanych w Münch. Med. Woch. str. 20—60 z r. 1925. a u których było polepszenie po każdorazowem stosowaniu mirjonu. U wielu z nich wykazywałoby kiłę?

WYKŁADY I ODCZYTY.

D.. FROSTIG. Lwów.

Analiza tremy koncertowej jako przykład metody *).

Z oddziału nerwowo-psychjatrycznego Szpitala powsz. we Lwowie.
Prym. Dr. A. Domaszewicz.

Dokończenie.

Analiza niniejsza nie jest analizą w ścisłem, Freudowskiem tego słowa znaczeniu, nie bada głębszych warstw pozaświadomych, ogranicza się do rozwiązania i wytłumaczenia tylko jednego objawu, a w leczeniu posługuje się wskazówkami Adlera, metodą indywidualno-psychologiczną. Ponadto jest niniejszy referat — zaledwie schematycznym i z tego powodu naukowo nieścisłem przedstawieniem analizy i wreszcie posługuje się w wykładzie metodą opisową dla celów możliwie poglądowego przedstawienia sprawy. Nie dotarła wskutek tego niniejsza analiza do centralnych kompleksów Nieświadomego, a skutek osiągnięty przez leczenie jest zaledwie skutkiem symptomatycznym.

Zadaniem naszem jest w myśl poprzednich wywodów wyznaczyć naprzód opisowo, morfologiczny charakter symptomu patologicznego, wynaleźć irracjonalne objawy dane w świadomości, od tych fenomenów drogą wolnej assocjacji i zbadania snów dojść do procesu patologicznego z nieświadomem, do splotu wyobrażeniowo-uczuciowego, do kompleksu chorobowego.

Nasz pacjent jest wysoki, chudy, blady, o nieco zdegenerowanym typie czaszki i nerwowych ruchach. W budowie fizycznej zaledwie zaznaczony typ asteniczny. Mówi szybko i dość składnie. Afektywne zabarwienie treści jest nierównomierne i skaczące. Analiza naprzód oporna, płynie po paru dniach gładko, introspekcje są naogół uważne i wcale plastyczne.

Muzyk z zawodu jest od najmłodszych lat do tego zawodu p r z e z n a c z o n y, wyszedł ze szkoły Sevcika, który poznawszy się na jego zdolnościach, przez 4 lata bezpłatnie udzielał mu godzin. Po ukończeniu konserwatorjum przeniósł się do Polski i tu pierwsza próba estradowa zakończyła się katastrofą z powodu tremy. Dwukrotne próby wystąpienia publicznego spełzły na niczem już w fazie przygotowań i od trzech lat pracuje pacjent wyłącznie — jako pedagog.

Stan swój opisuje on następująco:

Jeżeli gram dla siebie, gram zwyczajnie dobrze. Już podczas prób do koncertu rozpoczynają się omyłki. Każda omyłka wytwarza u mnie uczucie lęku. Uczucie to nie jest związane z żadnym obrazem świadomości, ale po każdej omyłce muszę na chwilę przerwać grę, ogarnia mnie rozpacz i zniechęcenie. Lęk ten jest początkowo jedynie chwilowy. Im bliższy jest termin koncertu tem jest częstszy i silniejszy. W tym czasie jestem sztywny i mam wrażenie jakbym miał „obcego człowieka w sobie". Muszę ciągle myśleć o koncercie, przed oczyma mam obrazy sukcesu: jak mnie oklaskują, jak mi podają kwiaty, widzę twarze ludzi zasłuchanych i zachwyconych. Ale obrazy te nie sprawiają mi przyjemności, są one bardzo żywe i plastyczne, ale sztywne „jakby z drzewa rżnięte". Uczucie, które im towarzyszy mógłbym opisać, jako uczucie lęku, albo przynajmniej przykrości. Pozatem w świadomości mam zupełną pustkę, — po której błąkają się optyczne obrazy nut. W chwili koncertu ręka lewa mi sztywnieje, prawa drży, czuję się cały jak drewniany manekin, a w głowie mam ciągły lek, że zapomnę tekst muzyczny.

Gdyby nie ten strach, że zapomnę — grałbym prawdopodobnie bezbłędnie".

Analizę naszą rozpoczniemy następującem rozumowaniem:

Motywem przewodnim tremy jest lęk nieokreślony. Lęk jest sygnałem ostrzegającym świadomość o tem, że kompleks chorobotwórczy jest drażniony. Lęk jest dla patologji psychicznej tem, czem ból dla patologji fizycznej. W tym sensie są, lęk i ból, aparatami ochronnemi. Strach jest uczuciem określonym, strach wywołuje z n a n e nam niebezpieczeństwo, — lęk jest to uczucie strachu przed czemś nieokreślonem, uczucie ostrzegające o jakiemś grożącem, a n i e z n a n e m niebezpieczeństwie z wewnątrz albo z zewnątrz. Chory powiada: „przed oczyma mam obrazy sukcesu", a jednak obsadza je uczuciem nieokreślonego lęku. Spodziewalibyśmy się, że raczej w takiej chwili zjawią się obrazy niepowodzenia. Dowiadujemy się, że obrazy te są plastyczne, zimne (!!), że są „jakby" z drzewa rżnięte". Pomiędzy obrazy sukcesu, a zwyczajnie im towarzyszące uczucie entuzjazmu dla własnej osoby, wsuwa się lęk i paraliżuje owo uczucie. Przypuszczamy, że faza ta składa się z dwóch czynników, — z jednego niedomagającego, który wytwarza obrazy sukcesu i drugiego, który obrazy te obsadza lękiem. Wkrótce jednak obrazy znikają. Lęk koncentruje się na możliwości zapomnienia nut, na obawie przed czemś realnem. W tym stanie pacjent wchodzi na estradę i próbuje grać. Gra jest jednak nienaturalna, tony są drewniane, ciało jest sztywne. Lęk jest przeciwobsadą, bronią przeciwko czemuś w nieświadomem, obawa przed zapomnieniem dowodzi, że nieświadomem jest coś, co chce ażeby zapomnieć nutę, powtóre to coś w nieświadomem poraża osobowość w chwili, — w której ona ma wysilić całą swą energję dla normalnego zaspokojenia popędu samozachowawczego — dla sukcesu w życiu. Wnioskujemy: popęd samozachowawczy musi być zaburzony, nie pozwala bowiem na normalną formę zadowolenia.

Fenomen patologiczny sam w sobie nie jest zrozumiały, musimy więc szukać wytłumaczenia w innych niechorobowych, ale przecież podobnych fenomenach kompleksu.

Nasz pacjent jest ambitny. Przyznaje się do tego odrazu, podnosi to jako bardzo charakterystyczny rys swej osobowości. Dzięki temu jego profil psychiczny zostaje ostro skonstruowany. Ambicja wyciska swe piętno ogromnie plastycznie na fizjognomjach psychicznych. Ambicja jest częścią składową wszystkich prawie charakterów, brak jej tworzy pewnego rodzaju defekt. Zniekształcenie duszy jest większe przy jej braku, aniżeli przy nawet intenzywnem nasileniu tego uczucia. Tu jednak ambicja nadaje s w e p i ę t n o charakterowi.

Uczucia ambitne mogą być zaburzone co do ilości i co do jakości. Nasilenie uczuć ambitnych jest w naszym przypadku znaczne; nie możemy z tego wyciągnąć żadnego wniosku; chory jest artystą, a konstelacja psychiczna, uzdolnienie i zawód pozwala na strawienie nawet wielkich ilości uczuć ambitnych bez szkody.

Natomiast uderza nas inny szczegół. Nasz pacjent już w gimnazjum wyższem szukał towarzystwa ludzi bogatych i prymusów, zawsze przebywał chętnie w otoczeniu ludzi znaczących, — często podawał o sobie daty nieprawdziwe, które go mogły w oczach towarzystwa podnieść, nieraz renomował — choć, jak sam podaje — czynił to wszystko z „umiarem". Widzimy z całego zachowania się naszego pacjenta, że mamy tu do czynienia z tem, co nazywamy w mowie potocznej „ambicją fałszywą", która zmierza nie do mistrzostwa w grze, ale do sławy, nie do tego, ażemy czemś być, ale ażeby coś w oczach drugich przedstawiać (Schopenhauerowskie „Was einer vorstellt", Aphorismem zur Lebensweisheit). Uczucia ambitnie są więc nietylko nasilone, ale także i jakościowo zaburzone. Odnosimy wrażenie, jakoby to zachowanie się nazewnątrz było reakcją na pewien defekt wewnętrzny, tak jakby chory temi wartościami zewnętrznemi chciał obwarować jakąś lukę w duszy.

Jaśniej wytłumaczy nam to najbliższy szczegół.

Chory jest także — arogancki, arogancki także i w trakcie analizy, — ale jedynie początkowo, — później staje się woskowo giętki i bezwzględnie uległy. Twierdzi „arogancki jestem wobec wszystkich", dalsza eksploracja jednak wykazuje, że odpowiedź pacjenta nie jest słuszna. Zachowuje się arogancko tylko wobec tych, którzy mu imponują, albo wobec tych których wysoko ceni. Twierdzi, że na uczucie podziwu, czy poszanowania, albo tylko na uczucie równości, reaguje natychmiastową zmianą nastawienia całego aparatu psychicznego i że zachowanie się aroganckie jest automatyczne i prawie, że niezależne od jego woli.

Widzimy — w arogancji powtarza się motyw ambicji; tam chęć przebywania w towarzystwie znaczących, jako negatyw, tego aktu, tu, jako pozytyw, aroganckie, zachowanie się wobec tych samych ludzi. Zachowanie się jest irracjonalne, ale i tu możemy znaleźć fizjopsychicznie zrozumiałe paradigma. Oto arogancja naszego pacjenta ma nieco podobieństwa do t. zw. „nadrabiania miną". Nadrabia się miną wtedy, kiedy się jest niepewnym w chwilach obniżonego samopoczucia.

Nasz pacjent jest jednak zarozumiały i bardzo pewny siebie, ale — zarozumiałość ta jest jednak nieco demokratywna i trochę aktorska — i wskutek tego zaczynamy mieć pewne wątpliwości co do jej prawdziwości.

Wyjaśni nam zupełnie sprawę następujący sen:

Chory opowiada: „biegnę przez ulicę, za mną, biegnie tłum ludzi, wpadam do jakiegoś domu, biegnę na I. piętro, ludzie pozostają za mną w tyle, biegnę na II., jest zaledwie kilku ludzi ze mną, na III. p. jestem sam, otwieram małe drzwiczki i wychodzę na wielką salę"!

Analizujemy sen ten urywkami: Asocjacje płyną zrazu gładko. Treść ich porusza się w afektywnych linjach motywu sławy i jest też bezwzględnie seksualnie determinowana.

Przy urywku jednak „ludzie pozostają za mną w tyle" — gładki dotychczas bieg asocjacji zostaje wstrzymany — pacjent przez długi czas rozmyśla i wreszcie powiada: „nic mi nie wpada na myśl". Powtórne, energiczne wezwanie do asocjowania nie przynosi żadnego efektu. Przy najbliższym urywku, fala asocjacyjna jest znowu gładka i równomierna i tak aż do końca analizy ma-

rzenia sennego. Po analizie pytam pacjenta do którego miejsca nie zaasocjował. Pacjent nie może sobie tego przypomnieć.

Pacjent nasz stłumił asocjację do urywku sennego „ludzie pozostają za mną w tyle“, stłumił ją dlatego, ponieważ mu była przykra, nie chciał więc o niej nic wiedzieć, przykra była dlatego, ponieważ zadrażniła kompleks, a musiała być bardzo bolesna, ponieważ pacjent nietylko asocjację stłumił, ale także zapomniał o całym incydencie. W myśli naszych wywodów amnezja taka nie może być przypadkową.

Jaka to więc była asocjacja?

Sen jest spełnieniem życzenia, niespełnionego na jawie. Treścią zaś mary sennej jest życzenie, ażeby ludzie pozostawali w tyle, — życzenie to nie spełnia się więc w rzeczywistości, wobec tego „ludzie nie pozostają“ za nim w tyle. To jest prawdopodobna treść stłumionej asocjacji. Dalsza analiza ją też wywołać potrafiła.

Dotarliśmy do rdzenia sprawy chorobowej. W wyścigu życiowym ludzie nie pozostają za pacjentem w tyle. Chory nasz czuje swą niższą wartość w stosunku do innych współzawodników, jednem słowem ma poczucie swej małej wartości „Minderwertigkeitsgefühl“. Splot wyobrażeniowo-uczuciowy, tkwiący w nieświadomem i uporczywie przez pacjenta stłumiany, rozpoznamy, jako kompleks małej wartości „Minderwertigkeitskomplex“.

Powiedziałem przed chwilą, że pacjent nasz ma poczucie swej małej wartości. Określenie to jest jednak fałszywe. Pacjent nie ma poczucia swej małej wartości, przeciwnie wszystkie przeżycia, któreby na to mogły wskazywać pacjent skrzętnie ze świadomości swej usuwa, stłumia, strąca do nieświadomego. Tam one tworzą ów materjał eksplozywny i chorobotwórczy. Introspektywnie jest pacjent przeświadczony o swej nadwartości i wierzy, że jedynie trema przeszkadza mu w tem, ażeby zajął należne mu w życiu stanowisko.

Stwierdziliśmy u pacjenta kompleks wynikający z nieświadomego poczucia małej wartości. Zapytamy, jakiego jest pochodzenia. Michałkowski znajduje jego źródło w seksualnych przeżyciach dziecięcych. My nie pójdziemy tak daleko i rozpatrzymy sprawę wedle Adlera. Powodem poczucia małej wartości wedle tegoż może być w pierwszym rzędzie: 1) małowartościowość fizyczna wcześniej już przez dziecko odczuta. I tak: ułomność, wysięki, drgawki, stany limfatyczne, choroby skórne, chroniczne zaburzenia jelit itp. Badanie i anamneza daje jednak w naszym przypadku wynik ujemny. Powtóre: poczucie małej wartości powstać może u dzieci zbytnio pieszczonych i na skutek tego mniej zdolnych do życia, alboteż u dzieci zbyt ostro trzymanych. Ale i ten wypadek tutaj nie zachodzi. I wreszcie w obu powyższych przypadkach niema introspektywnego uczucia nadwartości, które w naszym przypadku znajdujemy. Musimy więc zapytać, z jakiego źródła pochodzi owa nadwartościowość?

Wiemy już z hipotezy Freudowskiej, że wartościowującą instancją osobowości jest jej ideał. Jak wygląda ów ideał osobowości u naszego pacjenta. Na początku analizy zaznaczyłem, że pacjent był od wczesnej młodości do swego zawodu przeznaczony. Analiza wykazała, że w zabawach dziecięcych i marzeniach na jawie najczęściej pojawiały się fantazje sławy, że częste były w nich identyfikacje z wielkimi mistrzami muzyki i tak n. p. z Paganinim. Oni to więc weszli w obręb ideału stamtąd jako sumienie artystyczne i życiowe regulują doborem wyobrażeń, zdolnych do uświadomienia, stłumiają zaś inne, które temu ideałowi nie odpowiadają. Z ideału owego płynie poczucie nadwartości, któreby może i stało się wartością prawdziwą, gdyby nie — życie — (Realitätsprincip). Okazało się, że zdolności i sukces muzyczny nie dotrzymały kroku i fantazjom i ideałowi. Zdania fachowców muzycznych były pod tym względem niepodzielone. Pomiędzy przeżyciami realnemi — a ideałem wytwarzała się coraz większa przepaść i w ten sposób powstał wtórnie — względny zespół małej wartości.

Zespół ten tworzył się więc, dzięki stłumianiu przeżyć dowodzących mniejszego sukcesu życiowego, aniżeli to ideałowi osobowości odpowiadało. Powstał rozdźwięk pomiędzy przeżyciami realnemi, a wymogami ideałów. Gdyby pacjent był rozdźwięk ten intelektualnie rozpoznał i świadomie się do życia przystosował, — nie byłoby przyszło do wytworzenia się symptomu neurotycznego. Pacjent jednak wybrał drugą drogę; wszystko co by mu kazało obniżyć mniemanie o sobie, stłumiał i wytworzył sobie przeciwobsadę (Gegenbesetzung) z uczucia nadwartości; dzięki niej zdołał niejako trzymać na uwięzi, nie widzieć, zapomnieć o tych przeżyciach, które dowodziły czegoś innego. Im bardziej wzrastały w świadomości poczucia wartości, tem silniej parły sploty nieświadome, coś wręcz przeciwnego głoszące na granicę nieświadomego, wytworzyło się nastawienie psychicznie ambiwalentne, (Bleulera), ustawienie biegunowe, które doprowadziło do znanych nam już objawów.

Jeszcze jeden ważny fakt: z chwilą, kiedy poczucie tężyzny życiowej rozszczepiło się na ową ambiwalencję wartości, zatrzymał się dalszy rozwój pacjenta. Eksploracja wykazała, że pacjent całą swą energję zużywał na przeciwobsadę, na obronę przed zrozumieniem sytuacji życiowej. Wskutek tego brakło mu sił do dalszej pracy i powstał *circulus vitiosus;* poziom się dalej obniżał i dostarczał nowego materjału dla stłumiań.

Działo się to już na długi czas przed koncertem.

Pierwszy koncert miał rozstrzygnąć ten spór wewnętrzny. Od niego zależał dalszy bieg losów naszego skrzypka. Na nim mogło się, w razie niepowodzenia, rozpaść już i tak z trudem utrzymane i już chorobliwe poczucie nadwartości i doprowadzić w ten sposób do katastrofy.

Świadomość i ideał osobowości odniosły i tym razem zwycięstwo, potrafiły się zadowolić, ale już kosztem neurozy. Lęk jest przeciwobsadą broniącą osobowość przed uświadomieniem kompleksu. Rozmaite fazy objawu, to rozmaite koleje walki pomiędzy ideałem osobowości, a kompleksem małej wartości. Pacjent nie boi się tego, że będzie źle grał, ale jedynie tego, że zapomni nuty, twierdzi, że grałby znakomicie, gdyby nie defekt pamięci W ten sposób przesuwa afekty z błędu istotnego, przed którym się broni, z faktu swej nieudolności muzycznej, na mniej istotny i groźny, na chwilowy defekt pamięci.

Ogromnie charakterystyczna jest ostatnia uwaga pacjenta, że gdyby nie trema, grałby bezbłędnie.

* * *

Przychodzimy do ostatecznego resumé. Chory podświadomie wie o tem, że gra jego nie odpowie wymaganiom własnego ideału, pomimo, że introspektywnie jest przekonany o jej mistrzowstwie. Ażeby przeszkodzić tej druzgocącej rewelacji, stara się uniemożliwić grę. Symptom tremy jest rodzajem „Flucht in die Krankheit“ przed uświadomieniem kompleksu małej wartości. W naszym przypadku symptom spełnił swoje zadanie, albowiem pozwolił zachować pacjentowi poczucie swej nadwartości.

Co należy robić? Linje lecznicze wyznaczają się samą analizą. Przedewszystkiem uświadamiamy konflikt oraz poczucie małej wartości. Uświadomienie to ma swoje niebezpieczeństwa, może podziałać, jak niepowodzenie przy koncercie, zdruzgotać osobowość. Nie może sie to więc dziać w formie rewelacyjnej, ale krok za krokiem, przez analizę przeżyć, chory dochodzi sam wreszcie do tego odkrycia. Siła chorobotwórcza da się rozłożyć na dwa czynniki: 1) to niemożność intelektualnego załatwienia się z poszczególnemi przeżyciami, z powodu tego, że zostały stłumione, a więc zapomniane, 2) to infantylne i przekraczające granice realności wymogi ideału. Musimy więc nauczyć chorego zrezygnować z części tych ambicyj, obniżyć poziom jego ideału, z drugiej strony usiłujemy podnieść teraz już obniżone poczucie własnej wartości. Dzieje się to podniesienie wartości przez wskazanie na możliwość dalszego rozwoju, zatrzymanego latami całemi przez ową walkę wewnętrzną. Nie można właśnie być odrazu Paganinim, można do tego dążyć, musi się być przygotowanym, że się tak dalego nie zajdzie. Jeżeli sie jednak sytuację psychiczną zgodnie z rzeczywistością uświadomi, można zajść dalej, aniżeli dotychczas. Przy aktualnym stanie psychicznym dalsze stłumianie prawdy wewnętrznej może doprowadzić do zastanowienia wszelkiej pracy nad sobą.

Jasnem jest, że należy się przed rewelacją dobrze namyśleć, czy posiada się wystarczający autorytet, ażeby pacjentowi wskazać możliwości dalszego rozwoju i zmusić go do rezygnacji z nieświadomego i głęboko zakorzenionego ideału.

W trakcie drugiej fazy leczenia wypadł koncert przed publicznością znaną pacjentowi z pierwszego koncertu. Koncert się średnio udał, chociaż introspektywne uczucie lęku było znacznie mniejsze. Po naprawie szkody wyrządzonej przez ten koncert, chory koncertował dwa razy zagranicą z pełnem powodzeniem i dziś po trzechletniej przerwie zabrał sie do pracy nad wydoskonaleniem z pełną energją.

Piśmiennictwo.

1) Zum Kampf um die Psychoanalyse. Int. Psa. Verl. 1920. — 2) Naturgeschichte der Seele und ihre Entstehung. Verl. J. Springer 1921. Die Psychoanalyse Freuds. Verl. J. Deuticke. 1911. Die Schizophrenien. Verl. J. Deuticke. 1911. — 3) Medizinische Psychologie. Verl. G. Thieme. 1922. — 4) Psychotherapie. Verl. J. Springer. 1924. — 5) Trudności teoretyczne wynikające z podziału zjawisk na takie, które są dostępne tylko introspekcji i inne, dostępne obserwacji, (zwrócił na nie uwagę Dr. Baley podczas dyskusji odczytu) nie zostały uwzględnione ze względu na tymczasowy i praktyczno-metodyczny charakter podziału. — 6) Breuer i Freud. Studien über Hysterie. Int. Psa. Ver. 1916.

7) Freud S. Kleine Schriften zur Neurosenlehre 1922. Bd. IV. 17. Die Verdrangung. Str. 286 i 287. — 8) Vaihinger Hans. Philosophiedes Als Ob. Verl. Reuther et Raichard Berlin 1911. — 9) Freud Z. Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. IV. Aufl. 1922. str. 16 i str. 109. — 10) Freud S. Kl. Schrift. zur Neur. lehre. 17. str. 109 i 113. — 11) „Affektbetrag". Kl. Schr. 2. Neur. lehre. 17. str. 287. — 12) Norman R. Campbell. Zasady elektryczności, jako przykład metodologji. Nakł. Wende i Spółka, 1913 — 13) Kl. Schrift. z. Neur. Lehre. 17. str. 283. — 14) Ich und Es. Int. Psa. Verl. 1923. Str. 32 i nast. 15) Kleine Schrift. z. Neur. lehre. BD. IV. 16. Triebe und Triebschicksale. Str. 255 i nast. — 16) Vaihinger Hans. Die Philosophie des Als. Ob. str. 37., str. 29 i nast. — 17) Zgodnie z Jaspersem. Alg. psychopathologie Verl. J. Springer 1923 str. 246 i nast. Przy tej sposobności pozwolę sobie podnieść, że Jaspers w krytyce metody Freuda podnosi niemożliwość weryfikacji freudowskich konstrukcji „als ob" i wyprowadza z tego względu wniosek ich nieużyteczności. Zdaje się, że jest tu pewne nieporozumienie, co do stanowiska poznawczego fikcji. Fikcja nie wymaga weryfikacji naukowej, jedynie uzasadnienia. Uzasadniona jest zaś fikcja wtedy, jeżeli daje praktyczne rezultaty. Fikcja sama jest, w swej istocie psychologiczną próbą dla zrozumienia — drogą okrężną — niezrozumiałych faktów, i z tego już względu mogłaby być w psychologji używaną. Nie ulega wątpliwości, że analiza z umiarem stosowana, prowadzi do przeniknięcia życia psychicznego, pozwala wykazać pewne dotychczas nie zauważone nieprawidłowości i wskutek tego ma prawo do nazwy naukowej metody. — 18) L. c. str. 50. b) die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psyhiatrie Ztschr. für die ges. Neur. u. Psych. 9. 1912. str. 331. — 19) A. Kronfeld. Das Wesen der psychiatrischen Erkenntniss. Verl. J. Springer 1920. — 20) Vaihinger H. Die Phil. des Als. Ob. str. 1.

OCENY.

Natalja Zylberlast-Zandowa: *Nagminne zapalenie opon mózgordzeniowych (Meningitis cerebrospinalis epidemica).* Zarys kliniczny. Warszawa 1925. Spółka wydawnicza „Ars Medica". 75 stronic.

W krótkim wstępie do monografji pod powyższym tytułem zaznacza autorka, że celem tej książki jest zwrócenie uwagi na doskonałe wyniki lecznicze stosowania surowicy w drętwicy karku, oraz na znaczenie rozpoznawcze nakłucia lędźwiowego. W sposób jasny i przystępny, a zarazem dokładny, z obszernem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego i zagranicznego omawia autorka obraz chorobowy, kreśląc w osobnych rozdziałach etjologję, biologję zarazka, statystykę śmiertelności na podstawie własnego materjału i danych z piśmiennictwa; szczegółowo omawia symptomatologię, uwzględniając poszczególne objawy chorobowe, ich wartość rozpoznawczą i częstość występowania. Oddzielnie przedstawia autorka przebieg drętwicy karku u osesków, starców i osobników gruźliczych. Posocznicy meningokokowej i znaczeniu płynu mózgordzeniowego dla rozpoznania drętwicy, sposobom uzyskiwania płynu i metodom badania cytologicznego, chemicznego i bakterjologicznego poświęcone są osobne rozdziały. Rozpoznanie różniczkowe i rozpoznanie zapomocą badań serologicznych i biologicznych uzupełniają opis obrazu chorobowego drętwicy. Następuje część o leczeniu okresu ostrego choroby i stanów następowych.

Monografja opracowana jest z wielką starannością, a co szczególnie podnosi jej wartość, to fakt, że opartą jest na własnym materjale i na dużem doświadczeniu autorki. Zarówno specjalista neurolog, internista, pedjatra jak i lekarz praktyk znajdzie w książce Zandowej cały szereg bardzo cennych wskazówek rozpoznawczych i leczniczych.

J. Rothfeld (Lwów).

Prof. Dr. G. Rosenfeld: *Tuberkulose und Ernährung* (Tuberkulose-Bibliothek von Prof. Dr. Lydia Rabinowitsch. Nr. 21). Lipsk 1925. J. A. Barth. Cena 3.75 Rmk.

Autor wprzód nagromadza materjał potrzebny dla powzięcia odpowiedniego planu leczniczego. A zatem naprzód przedstawia wiadomości jakie dziś posiadamy o odżywianiu gruźliczych, o pokarmach i przekarmianiu, a potem dopiero omawia, co możemy przy racjonalnie obmyślonem leczeniu odżywczem, osiągnąć w walce z gruźlicą, grożącą lub nabytą, a to u osesków, w wieku dziecięcym, młodzieńczym i w wieku pełnego rozwoju. W dalszym ciągu rozpatruje zdolność trawienną żołądka przy nadmiernej i obniżonej kwasocie i zestawia odpowiednie listy dobrze znoszonych pokarmów w obu stanach, umożliwiające pokonanie zaburzeń funkcji żołądka i apetytu. Omawia przewlekłą biegunkę, jako wyraz lżejszych lub mocniejszych nieżytów kiszkowych (do których doliczyć się też musi wrzody kiszkowe) i odpowiednie leczenie. Rozpatruje sposoby odżywiania i tuczenia we wszystkich sytuacjach, możliwych przy zachodzącej gruźlicy. Omawia zasady tucznego leczenia. W szczególności przechodzi wskazania do normalnej diety, przy stanie gorączkowym lub bez gorączki, u chorych, dotkniętych pierwszym lub drugim okresem gruźlicy, której celem jest utrzymanie lub lekkie podniesienie wagi ciała. Dalej wskazania dla odżywiania lekko gorączkujących ze znośnym apetytem. które ma na celu utrzymanie wagi ciała. W końcu trzecie wskazanie tj. utrzymanie pacjenta w pełnej walce z toksynami. Osobny rozdział poświęcony jest specjalnym metodom leczenia o charakterze dietetycznym, takim jak: picie mleka prosto od krowy, picie krwi, zomoterapja tj. leczenie surowem mięsem lub sokiem mięsnym oraz dożylne wstrzykiwania krwi. Przy końcu zestawia karty żywienia kilku sanatorjów, jako wzór dla odżywiania tych pacjentów, którzy mają odpowiedni apetyt, aby im dostarczyć potrzebnej ilości kalorji.

Poważna ta praca jest bardzo pożyteczną zarówno dla lekarza praktykującego, jak dla specjalisty chorób płuc i przemiany materji, oraz dla lecznic, dostarczając ścisłego materjału wiadomości z tej dziedziny, oraz ułatwiając w znacznym stopniu ułożenie programu dietetycznego i ustalenie odpowiedniej dietetyki indywidualnej dla chorych gruźliczych.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

A. Wereschinski. *Beiträge zur Morphologie und Histogenese der intraperitonealen Verwachsungen.* 1925. Nakł. F. C. W. Vogel. Lipsk. Str. 134, 4°, Tablic XIII.

Przy monograficznem uwzględnieniu piśmiennictwa zajął się autor zbadaniem histogenezy zrostów otrzewnowych, używając w tym celu materjału, uzyskanego z licznych doświadczeń, na królikach wykonanych. Nadto dla wyjaśnienia pochodzenia niektórych pierwocin komórkowych, mających znaczenie w wytwarzaniu się zrostów, autor badał histologicznie hodowle tkanek w rozmaitym czasie po ich szczepieniu. Na podstawie licznych i nader sumiennie przeprowadzonych badań dochodzi autor do szeregu wniosków teoretycznie i praktycznie ciekawych „dla klinicysty" mających pewne znaczenie. Przedewszystkiem proces tworzenia się zrostów śródotrzewnowych jest nader podobny do gojenia się rany, a towarzyszą mu zmiany i objawy zapalne w błonie podsurowiczej. Hodowle komórkowego wysięku z jamy brzusznej co do obecności i typu składników komórkowych kryją się w zupełności z bardzo młodą tkanką łączną. Mesotelialne pierwociny komórkowe niezależnie od ich embrjogenezy, wśród warunków chorobowych łączą się z fibroblastami, z których też mogą powstawać komórki, zupełnie podobne do śródbłonków.

Ze względów praktycznych ważne znaczenie ma nieuszkodzenie śródbłonka otrzewnej, gdyż chroni ono przed tworzeniem się zrostów, należy jednak podnieść, że ta właściwość ochronna śródbłonka jest dość chwiejna. W tworzeniu się zrostów ważne znaczenie ma wysięk, sklejający ze sobą odpowiednie dwie powierzchnie; komórki jego mają jednak znaczenie wtórne w powstawaniu zrostu, który wytwarza przedewszystkiem z tkanki i naczyń błony surowiczej i podsurowiczej. Unaczynienie zrostów rozpoczyna się już z końcem 24 godzin pierwszych. Autor stwierdził w zrostach także włókna mięsne, i to gładkie lub prążkowane, i na 7 przypadków 3 razy włókna nerwowe. Obecność tych dwóch składników może tłumaczyć inaczej, niż dotąd, objawy kliniczne i następstwa, powstałe na tle zrostów. Na podstawie postaci rozległości i przebiegu można podzielić zrosty nabyte na płaskie, błoniaste, postronkowe, nitkowate pociągające i osobny, pod względem sposobu tworzenia się inny typ zrostów sieciowych. Praca objaśniona jest 13 tablicami rysunków histologicznych, w części barwnych.

W. Nowicki (Lwów.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Archives of Internal Medecine.

v. 36. Nr. 4. 1925.

P. J. Hauzlik, F. De Eds, M. L. Tainter (San Francisko): *O zmianach we krwi pod wpływem różnych czynników i roztworów.* Autorowie obserwowali zmiany chemiczne zachodzące we krwi tętniczej jakoteż zaburzenia czynności fizjologicznych w krążeniu stosując dożylnie u psów małe dawki całego szeregu roztworów: Chlorku sodowego, cukrów, mocznika, akacji, agaru, siarczanu miedziowego, peptonu i t. p. Po tych wstrzyknięciach zauważali we krwi znaczne rozwodnienie z wyjątkiem peptonu, który działał zageszczająco. Dalej spotykali zwiększenia się kwasowości, i zmniejszenie dwutlenku węglowego, wzrastanie kwasu mlekowego i amonjaku przy dość prawidłowym poziomie cukru i mocznika.

Prócz tego po dekstrozie, żelatynie, arsphenaminie i t. p. zauważali szybkie ciemnienie, osadzanie się krwi, aglutynację i hemolizę.

Co się tyczy zaburzeń w czynnościach fizjologicznych ustroju po stosowaniu ciał wymienionych to objawiały się w postaci drżenia, drgawek, gorączki, ślinienia, nasilenia oddechów, zapadu niekiedy zaś kończyły się śmiertelnie.

J. Hamilton Crawford, J. F. Intosh (Nowy Jork): *Mocznik jako środek moczopędny w ciężkiej niedomodze mięśnia sercowego.* Autorowie podawali w ciężkich przypadkach niedomogi mięśnia sercowego z obrzękami 30—60 gr. mocznika dziennie podzielonego na 2 dawki.

Diureza w tych przypadkach poprawiała się doskonale, obrzęki znikały, i to nawet tam, gdzie wszystkie inne środki zawiodły.

Wzmożenie diurezy po podaniu mocznika uzależnia od koncentracji mocznika we krwi. Toksycznych działań ubocznych w podawaniu mocznika nie zauważyli.

C. H. Greene, C. Vicar, W. Walters, L. Rowntree: *O schorzeniach wątroby.* Autorowie przedstawiają bogaty materjał przypadków klinicznych raka wątroby pierwotnego i przerzutowego stwierdzonego sekcyjnie. Zarazem zestawiają wyniki badań pomocniczych przeprowadzonych na chorych w celach rozpoznawczych rakowatego schorzenia wątroby.

W rozważaniu nad wartością poszczególnych prób podkreślają wartość rozpoznawczą phenoltetrachlorftaleiny.

Według Rosenthala barwik ten po wstrzyknięciu zjawia się normalnie po 15 minutach we krwi w ilości 7%, po jednej godzinie w ilości 3% zaś po 2-ch godzinach znika.

Zwiększenie się tych odsetkowych zawartości barwika we krwi w wymienionych odstępach czasu uważają przy raku wątroby nawet bez żółtaczki prawie jako objaw patognomiczny.

W. Nadler, P. Stakk, G. Tukey (Chicago). *Poziom cukru we krwi jako wskaźnik w leczeniu cukrzycy.* Autorowie zalecają stosowanie bardzo wygodnej metody do oznaczania cukru we krwi. Sposób ten polega na tem, że pobierają 8 kropel krwi z palca chorego, zbierają w specjalnych naczyńkach a następnie obliczają metodą Folin-Wu.

Sposób pobierania krwi ułatwiają znaczenie tak, że chorzy odpowiednio pouczeni mogą sami je wykonywać i przesyłać do zbadania.

E. Holman (Cleveland): *O wadach rozwojowych serca.* Autor przedstawia szereg przypadków wad rozwojowych serca stwierdzonych klinicznie i sekcyjnie i zastanawia się nad objawami sinicy towarzyszącej często tym wadom. Za przyczynę sinicy uważa autor przypływ krwi żylnej do układu tętniczego za pośrednictwem patologicznych otworów i braków w sercu, tworzących jakby przetoki żylno-tętnicze. Niema sinicy tylko wtedy, gdy krew tętnicza lewej komory przepływa do komory prawej.

W następstwie wszystkich wad wrodzonych serca występują rozszerzenia i przerosty.

Rozszerzenia odnosi autor do wzmożonej ilości napływu krwi. co się zaś tyczy przerostów to mogą one dotyczyć albo jednej lub obu komór. W przypadkach ubytku w przegrodzie międzykomorowej lub *ductus Botalli apertus* przerasta komora prawa, zaś przy *foramem ovale* komora lewa.

Tom 36, Nr. 3. wrzesień 1925.

C. S. Williamson i Harold N. Ets (Chicago): *O znaczeniu żelaza i niedokrwistości.* Autorowie wykazują doświadczalnie na psach, że nieorganiczne żelazo podane doustnie, podskórnie lub dożylnie wchłania się i gromadzi następnie w wątrobie i w śledzionie nie przechodząc w hemoglobinę. Na dowód tego przytaczają przypadki zwierząt skrwawionych, u których podane nieorganiczne żelazo we wszelkiej formie nie wpłynęło zupełnie na przebieg zdrowienia. Zaznaczają zarazem, że żelazo zawarte w pożywieniu ma wpływ daleko korzystniejszy, wobec czego odradzają stanowczo stosowania nieorganicznego żelaza w niedokrwistościach jako środka bez żadnego wpływu.

C. M. Gruber, H. H. Shackelford, A. M. Ecklund (St. Louis): *O wpływie Luminalu na parcie krwi w przypadkach tętniczej hypertensji.* Doświadczenia przeprowadzone na bogatym materjale ludzkim wykazały, że Phenobarbital *(Luminal)* obniża parcie krwi w 85% przypadków badanych hypertensji. W miarę częstego podawania leku, działanie jego staje się czem raz słabsze.

W dawkach średnich zdaje się nie wpływać na tkankę nerkową, ani też na wydzielanie fenolsulfoftaleiny. Natychmiast po spadku ciśnienia krwi, wydzielanie fenolsulfoftaleiny cokolwiek wzrasta, w niektórych zaś przypadkach zmniejsza się. Po odstawieniu luminalu, wydzielanie barwika wraca do normy.

Co się tyczy dawek dużych luminalu, to dawki te są toksyczne i nie powinny być stosowane.

C. C. Wang, S. Strouse, Alice D. Saunders (Chicago). *O przemianie materji w otyłości.* Autorowie podawali osobnikom otyłym, chudym i normalnym białko, węglowodany i tłuszcze, a następnie badali u nich przemianę materji. Doświadczenia te wykazały, że osobnicy otyli po spożyciu białka czerpali swoją energję z węglowodanów, natomiast chudzi i normalni, zużywali mniej węglowodanów, aniżeli podczas głodzenia.

W tych przypadkach zapotrzebowanie energji, z tłuszczów u otyłych malało, zaś u reszty okazywało bardzo małe zmiany. Osobnicy chudzi i normalni okazywali zwyżkę w zapotrzebowaniu energji białkowej, otyli zaś nie.

Wszystkie 3 rodzaje osobników czerpały więcej energji z węglowodanów po podaniu potraw w nie obfitujących mniej zaś z tłuszczów. Natomiast po potrawach obfitujących w tłuszcze wzrosta- ła u wszystkich energja pochodząca z tłuszczów. Pomimo tego otyli zużywali energję węglowodanową w znacznie większych ilościach niż chudzi i normalni.

Fakt, że otyli zużywają mniej energji pochodzącej z tłuszczów aniżeli inni, tłumaczy przyczynę ich nadmiernych zapasów w organiźmie.

Z. *Tomanek* (Lwów).

Liječnički Vjesnik. (Zagrzeb).

1926. Nr. 1.

Prof. L. Stanojević: *O wpływie schorzeń gastrointestinalnych na nastrój chorych umysłowo, ze szczególnem uwzględnieniem wydzielania żołądkowego.*

Autor dochodzi do następujących wniosków: a) chorzy umysłowo pod wpływem zaburzeń gastrointestinalnych ulegają depresji, b) nie można u nich zauważyć takich zmian w wydzielaniu soku żołądkowego, któreby się dały ująć w jakieś prawo.

Dr. V. Florschütz: *Choroby woreczka i dróg żółciowych.*

Autor oświadcza się za wczesną operacją.

Dr. A. Müller: *Odontodiatomia chirurgiczne leczenie przebitego korzenia zebowego.*

Dr. J. A. Berlot: *Tularaemia nowa choroba człowieka.*

Sprawozdanie o własnych badaniach doświadczalnych nad tularemią. Jest to choroba gryzoniów Ameryki Północnej, przenoszaca się przez ukąszenie, lub zakażenie w pracowni na człowieka. Przyczyną jest *Bact. tularense* wyhodowane przez Mc. Coy'a. Kliniczne obraz przewlekłej septicemji z długim okresem ozdrowienia. Śmiertelność 2%. Leczenie objawowe.

Doc. Dr. A. Sercer: *Model ucha wewnętrznego.*

Fejleton: Jeden jubileusz naukowy w sowieckiej Rosji.

Wspomnienie poświęcone 40-letniej działalności Prof. G. I. Rossolima w Moskwie, przez Dr. G. Vranesić.

Polemika. Sprawozdania z piśmiennictwa. Bibljografja słowiańska (wyczerpująca).

Dodatek: Sprawy zawodowe i społeczne. Kronika.

1926. Nr. 2.

Dr. S. Hofman: *O invaginatio ileocoecalis.*

Przypadek *invaginatio ileoclecalis* rozpoznanej roentgenologicznie, potwierdzonej w czasie operacji.

Dr. P. O. Ganc: *Stan obecny seroreakcji przy kile.*

Autor podnosi, że błędy techniczne powodują sprzeczności między obrazem klinicznym, a wynikami badania serologicznego. Zwraca uwagę na niedostateczne oczyszczanie szkieł, jako jedną z przyczyn. Oświadcza się za centralizacją wyrobu potrzebnych do odczynu odczynników. Używa zawsze 3 metod a to Wassermanna, Hecht-Tribondeau, (lub Mullera) i Sachs-Georgi.

Dr. B. Popović: *Leczenie cardiospasmus rozszerzadłem.*

Dwa przypadki *cardiospasmus* leczone z dobrym wynikiem rozszerzadłem Starcka.

Dr. A. Marić: *Leczenie kiły nadisanem.*

Autor chwali wyborne działanie nadisanu, przetworu bizmutowego.

Dr. Lj. Stein: *Dolegliwości płciowe a wydzielanie wewnętrzne.*

Dr. M. Schlesinger: *O uogólnianiu jednej metody w medycynie.*

Ostrzeżenie.

Sprawozdania z piśmiennictwa. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Sprawy zawodowe i społeczne.

Leszczyński (Lwów).

Bratislavské Lekárske Listy.

Rocznik V/2 listopad 1925.

M u c Mélka: *Przyczynek do znajomości budowy i zamknięcia się ductus Botalli.*

Na podstawie badań mikroskopowych można już we wczesnych okresach życia płodowego wyróżnić trzy warstwy ściśle od siebie odgraniczone. Wcześnie jednak przychodzi do bujania intimy w formie wałów do którego przyłącza się bujanie medii. W medii mnożą się również włókna kollagenne. W 5 miesiącu życia płodowego *ductus Botalli* stanowi już tylko wąską szparkę, która w chwili urodzenia się zostaje zamknięta wskutek zwiększonego ciśnienia w aorcie i tętn. płucnej.

Dr. G a l a: *Kryterja wyleczenia i zaraźliwości jaglicy.*

Wyleczenie jaglicy ocenia się dotychczas na podstawie obrazu klinicznego i dłuższej obserwacji. Nie ma się jednak gwarancji, że wyleczenie jest tylko pozorne i że chory jest dalej roznosicielem zakażenia.

Opis przypadku obserwowanego przez 5 lat i uznanego za uleczony, który stał się źródłem zakażenia dwojga dzieci.

Dr. V a l a c h: *Przyczynek do diagnostyki ropni podprzeponowych zapomocą promieni Roentgena.*

Dr. K r i v y: *Przyczynek do patogenezy zwyrodnienia sznurów bocznych przy tabes dorsalis.*

W przypadku wiądu rdzenia trwającego przez 30 lat, stwierdzono ogniska zwyrodnienia w zakresie wiązek Flechsiga i Gowersa oraz w *rami comunicantes.* Drogi piramidowe były niezmienione, również klinicznie nie stwierdzono objawów piramidowych.

Dr. D r e u s c h u c h i Dr. L o v a s: *Kombinowane leczenie promieniami Roentgena raka jajnika.*

Dwa przypadki *ca. ovarii inoperabile* leczono promieniami Roentgena *in dosi refracta,* preparatami gruczołowemi oraz roborantiami i resorbentiami (jodatoxyl i solarson).

W obu przypadkach po początkowej poprawie nastąpiło pogorszenie (utrzymująca się przez kilka miesięcy wysoka gorączka), poczem guzy zaczęły się zmniejszać, aż w końcu znikły.

Dr. S v e j c a r: *Leczenie specyficzne ostrych schorzeń dróg oddechowych u dzieci przy pomocy surowicy antipneumokokkowej „Höchst".*

Dr. C h u r a i Dr. M i k u l a: *Pierwotne angioma cavernosum w mięśniach.*

Jest to bujanie nowotworowe naczyń, które nie pozostaje w związku z wylewem krwawym który w danem miejscu mógł poprzednio być. Przypadki tyczą się 7-tygodniowego oseska u którego zmiana dotyczyła *flexor digitorum sublimis,* oraz 8-letniej dziewczynki u której duży nowotwór zajmował lewy *m. infraspinatus* i powodował dotkliwe nerwobóle.

Dr. C h u r a: *Przyczynek do kazuistyki anurii po szkarlatynie.*

Dr. S i m e r: *O leczeniu zaburzeń w oddechaniu (specjalnie po uszkodzeniu centrów oddechowych zapomocą mieszaniny tlenu i CO_2.*

Dr. B r e z i k: *Przypadek hydromyelitis z zaburzeniami czucia bólu i temperatury przy utrzymanem czuciu na dotyk u 6-miesięcznego oseska.*

Medizinische Klinik.

Nr. 10. 1926.

W. S t o e l t z n e r: *Spasmofilja.* Wykład kliniczny..

H. B e m n e r: *Patogeneza tężyczki.* Wykład kliniczny.

J. P a l: *Napięcie mięśniowe i innerwacja toniczna.* Nie ulega już dziś wątpliwości, że narządy posiadają obok kinetycznego unerwienia, także unerwienie dla utrzymania napięcia *(tonus).* Wedle autora substrat napięcia w każdym mięśniu jest pod wpływem przynajmniej dwóch źródeł wytwarzających bodźce. O ile parasympatyczne wpływy mają tu znaczenie, rozstrzygnąć dotąd nie zdołano.

W. O l s h a u s e n: *Rozpoznanie roentgenologiczne gruźlicy płuc a lekarz praktyk.* Autor zwraca uwagę na to, iż dla celów rozpoznawczych bezwzględnie większą wartość posiada klisza roent. Najbardziej dla zdjęć płuc nadają się płyty średnio twarde. Technika wykonania zdjęć ma duże znaczenie przy ich ocenie.

G. F e i s t: *Odosobnione, podskórne pęknięcie trzustki.* Przypadek dotyczy mężczyzny 49-letniego, który dostał się miedzy zderzaki wagonów kolejki polowej. Wobec objawów krwawienia do jamy brzusznej wykonano laparotomję i stwierdzono zmiażdżenie poprzeczne trzustki. Brzegi dwóch części, po usunięciu części zmiażdżonych, zeszyto i pozostawiono dren dla ewentualnego odprowadzenia wydzieliny trzustki. Przebieg pooperacyjny dobry. Dla różniczkowego rozpoznania ważnem jest, iż przy uszkodzeniach trzustki stwierdza się zwiększenie ilości cukru we krwi (w przyp. opisanym 0,153%) oraz zwiększenie diastazy w surowicy i moczu.

W. M e s t i t z: *W sprawie kiły nerwów mózgowych i rdzeniowych.* U mężczyzny 23-letniego, który wśród objawów mózgowych i zaburzeń ze strony nerwu ocznego zmarł po 10 tygodniowem przebywaniu w szpitalu, stwierdzono na sekcji znaczne zgrubienie śródczaszkowej części nerwów ocznych i okoruchowych oraz podobne zgrubienia przednich korzonków kilku nerwów odcinka piersiowego i lędźwiowego. Badanie histologiczne wykazało, iż jest to nacieczenie tkanką granulacyjną. Wobec wyraźnych cech kilaka w obrębie ogniska części piersiowej rdzenia, autor uważa i te zmiany za kilowe. Wassermann we krwi dodatni. Na szczególną uwagę zasługuje, że w oponach są zmiany bardzo nieznaczne, co wskazuje na to, iż sprawa na nerwy nie przeszła z opon. Jest to więc tzw. pierwotne zapalenie kilowe nerwów, postać odpowiadająca opisanemu przez Kahlera obrazowi.

L. W o l f e r: *Hormony, witaminy i ich wykazanie.* Stosując zmodyfikowaną metodę Bocka, wykazuje autor ciałka anizotropowe w surowicy i podobne ciałka wykazywał też w wyciągach alkoholowo-eterowych preparatów zawierających witaminy. Liczba tych ciałek odpowiada zawartości witaminowej ciał badanych. Ciałka te można zniszczyć działając 1/10 N. ługiem sodowym i przez ogrzanie do 75°. Autor twierdzi, iż chodzi tu o ciała identyczne, czyli pojęcia hormonów i witamin pokrywają się. Zmiany w gruczołach o wewn. wydzielaniu przy pożywieniu bez-witaminowem, możność zastępowania inkretów wyciągami roślin (insuliny-Brugsch), oraz korzystny wpływ preparatów hormonowych jakoteż witaminowych przy krzywicy i spasmofilji, popierają te przypuszczenia.

E. R e i n e r: *Rzadka wrodzona wada rozwojowa.* U 13 miesięcznej dziewczynki zarośnięcie sromu, być może i pochwy.

E. Z a c h a r i a s: *Wysypka chininowa przy „contrapanie".* U mężczyzny 38-letniego, posiadającego znaną już poprzednio idjosynkrazję na chininę wystąpiła wysypka, gdy żona tegoż zastosowala „contrapan" preparat zawierający 1% chininy, 0,2% hydrarg. oxycyan. i 3% Ac. borici, rozpowszechniony środek przeciw zastąpieniu w ciążę.

E. L a u d a i S i l b e r s t e i n: *W sprawie związku serologicznego między półpasem (zoster) i ospówką (vaicella).* Kliniczno-epidemjologiczne spostrzeżenia wskazują na pokrewieństwo półpaśca i ospówki; dalej badania Kundratitza, któremu udało się przez szczepienie dzieci materjałem z półpaśca otrzymać typową ospówkę i badania histologiczne Lipschütza przemawiają również za pokrewieństwem tych spraw, mimo, iż pewne fakta znane od dawna raczej świadczą, iż nie wszystkie półpaśce sa tej samej przyrody co ospówka. Badania serologiczne nad odczynem wiązania dopełniacza (Lange, Netter i Urbain) dowodziły, że wszelakiego rodzaju półpaśce są w bardzo blizkim związku z ospówka i odwrotnie. Autorzy stosując tę samą metodę co Netter i Urbain w 30 przypadkach półpaśca otrzymali wyniki ujemne. Sprzeczność tych wyników z rezultatem autorów francuskich tłumaczą różnicą immunobiologiczną surowic przypadków wiedeńskich i paryskich tj. różną ich etjologją.

Grabowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie. Rok III, zeszyt 3, z 31. marca 1926. A. L a n d a u: O gruźlicy płuc. — K. D ł u s k i: Przyczynek do nauki o odmie sztucznej. — W. C z a r n o c k i: Układ siateczkowo - śródbłonkowy a wytwarzanie barwików żółciowych w świetle oceny krytycznej danych doświadczalnych. — W. K r y ń s k i i I. P o m p e r: Cholecystografja. — P. K o n a r o w s k i: W sprawie przedmuchiwania jajowodów. — S. M i n a: Przyczynek do rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego. — Wł. S t e r l i n g: Rola obrzęku naczynioruchowego w patogenezie porażenia okresowego. — N. Z y l b e r l a s t-Z a n d o w a: O napięciu mięśniowem. — L. J e l e n k i e w i c z: O regulacji kwasowo-zasadowej ustroju w stanach normalnych i chorobowych. — T. J a n i s z e w s k i: Sprawy zdrowia publicznego wobec reformy administracji.

Nowiny psychjatryczne. Rok III. kwartał I. z r. 1926. Dr. O. B i e l a w s k i: Hypnoza a kodeks karny; — Dr. G. B o n a s e r a: Przyczynek do studjum bezładu dziedzicznego (choroba Friedreicha).

Zdrowie. Rok XLI. Zesz. 4. z kwietnia 1926. Dr. G. S c h u l z: Najważniejsze zadania higjeny wojskowej w Polsce; — Dr. K. R y d e r: Organizacja służby zdrowia w sejmiku będzińskim; — I z a-

bela Cwojdzińska: Badania elementarzy polskich pod względem higjenicznym; — Dr. M. Spissowa: Podręczny aparat destylacyjny do wody.

Medycyna doświadczalna i społeczna. Tom V., Zeszyt 5—6 za listopad i grudzień 1925. L. Skubiszewski: Wzrost przesadzanych tkanek zarodkowych a powstawanie nowotworów; — T. Dyboski: O wydalaniu arsenu przez chorych kiłowych, leczonych stowarsolem; — W. Lipiński i M. Skulska: Badania porównawcze nad odczynem Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną. — A. Straszyński: Zachowywanie się odczynu Bordet-Wassermanna w kile leczonej u osobników różnych grup serologicznych; — W. Lipiński: Przyczynek do badań nad bakterjologią i epidemjologią płonicy; — L. Freyówna: O działaniu jadów wegetatywnych na drażnienie włókienkowe w sprawach zanikowych pochodzenia rdzeniowego; — R. Barański i St. Popowski: Wpływ żelaza, podawanego *per os* na gospodarkę wodną; — M. Minkowski: O współczesnym stanie nauki o odruchach w świetle biologji ogólnej; — M. Kacprzak i L. Adamowiczowa: Płonica w Warszawie.

Pedjatrja Polska. Tom V., zeszyt VI. za listopad i grudzień 1925. Barański i Popowski: Przyczynek do badań nad przemianą wodną u normalnego niemowlęcia; — Erlichówna: O objawie karkowo-midrjatycznym Flatau'a; — A. Margolisowa: Wlewanie dootrzewnowe u niemowląt; — Kazuistyka.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

I. Posiedzenie naukowe w dniu 22 stycznia 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 105 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia, że do Towarzystwa zostali przyjęci jako członkowie zwyczajni kol. Zdzisław Tomanek i Stanisław Tomaszek.

2. Kol. Bełtowski przedstawia *przypadek plastyki ścięgien palca I, II, III i IV-go,* wykonanej u dziewczyny, która uległa wypadkowi w fabryce. Po operacji chora leżała przez dwa tygodnie w opatrunku ustalającym gipsowym. Po usunięciu gipsu zastosowano gimnastykę, ruchomość palców powoli wracała. Po wygojeniu się rany wykonano drugi zabieg celem polepszenia wyniku kosmetycznego.

3. Kol. Chrapek przedstawia *przypadek skrętu jelita cienkiego u dziecka 7-letniego na tle niedrożności, wywołanej przez glisty.* Wykonano rezekcję zgorzelinowej pętli na przestrzeni 40 cm, łącząc końce bok do boku. Przebieg pooperacyjny dobry.

W dyskusji kol. Barącz zapytuje się, czy był właściwie skręt, czy też konglomerat glist.

Kol. Chrapek wyjaśnia, że był i skręt i konglomerat glist.

Kol. Nowicki sądzi, że powstawanie skrętu zależne jedynie od glist trudno jest przyjąć, raczej należałoby myśleć tutaj o *obturatio.* Rozstrzygającą jest obserwacja szpitalna chorego. Podaje, że ostatnio kol. Janusz miał 2 przypadki perforacji na tle glist.

W odpowiedzi kol. Chrapek podaje szczegóły kliniczne przedstawionego przypadku.

4. Kol. Ziembicki przedstawia rzadki *portret dra Rafała Czerwiakowskiego,* założyciela kliniki położniczej w Krakowie.

5. Kol. Chrapek wygłasza odczyt: *„O ciałach obcych w przełyku zdrowym i chorym".* Prelegent omówił metody wydobywania ciał obcych, poczynając od najprostszej instrumentem przez jamę ustną, a kończąc na zabiegu tak poważnym i trudnym, jakim jest otwarcie przełyku od strony grzbietowej. Zatrzymując się dłużej nad metodą wydobywania ciał obcych drogą esofagoskopji omówił kwestję przygotowania chorego (morfina, znieczulenie nie tylko wejścia do przełyku, ale i krtani), pozycję chorego, uważając za jedynie odpowiednią położenie na grzbiecie, oraz szereg szczegółów technicznych, jak odprowadzanie rury, orjentowanie się w świetle przełyku przez wykorzystanie ruchów oddechowych i wymiotnych przełyku. W kwestji djagnostyki zauważył możliwość pomyłek roentgenologicznych przez odwrotną lokalizację w przełyku czy tchawicy oraz trudności w znalezieniu ciała obcego po podaniu papki.

Ze stanów patologicznych — zwężenia po oparzeniach, skurcz wpustu, a przedewszystkiem rak przełyku dostarczają najwięcej sposobności do uwięźnięcia ciała obcego. W tych ostatnich przypadkach utknięcie ciała obcego, pokarmu, powoduje często zamknięcie światła przełyku, a wykonana w tych warunkach gastrostomja nie spełnia swego zadania leczniczego, a choćby tylko paljatywnego ze względu na zaognienie się sprawy w przełyku, spowodowane obecnością ciała obcego. Z tych względów uważa kontrolę przełyku przed gastrostomią za niezbędną. Ezofagoskopja uchodzi za zabieg niebezpieczny i wyczerpujący pacjenta zupełnie niesłusznie, jak to widać, ze statystyki z oddziału chirurgicznego szpitala (prof. Ostrowski), gdzie na 100 przypadków ezofagoskopji, wykonanych w ostatnich 2 latach, nie było najmniejszych komplikacji. W 23 przypadkach wykonano bezpośrednio i natychmiastowo po ezofagoskopji w celach djagnostycznych bronchoskopję również bez jakichkolwiek powikłań.

W dyskusji kol. Czarnecki omawia rozszerzenie przełyku na tle *cardiospasmus,* w którym to przypadku anamneza wskazywała, jakobyśmy mieli do czynienia z rakiem. Dopiero roentgenologiczne badanie wykazało rozszerzenie przełyku.

Kol. Aleksiewicz wskazuje, że są pewne przypadki, gdzie ezofagoskopu nie można użyć. Po przytoczeniu dwu przypadków z praktyki wskazuje, że ezofagoskopja ma jedną wadę, mianowicie brak czucia bezpośredniego.

Kol. Pisek omawia przypadek kol. Czarneckiego, następnie zapytuje się prelegenta, czy ezofagoskopem można stwierdzić fissury, w razie zaś stwierdzenia, czy lokalna terapja przyżeganiem daje jaki efekt.

Kol. Fels wspomina o 2 przypadkach nagłej śmierci z powodu ciał obcych w przełyku. Możliwe, że ciało obce było tutaj nie w przełyku, a może w krtani.

W odpowiedzi kol. Chrapek podaje, że osobiście fissur nie spotykał, ale są one możliwe do stwierdzenia. Leczenie miejscowe jest teoretycznie możliwe.

Kazimierz Tyszka, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16. grudnia 1925.

1. Kol. Neumark przedstawił dwa *przypadki owrzodzenia podudzia wyleczone autohemoterapją miejscową.* W przypadku I-szym owrzodzenie było umiejscowione w okolicy kostki zewnętrznej lewego podudzia, wielkości dwudziestogroszówki, pokryte szarym nalotem; skóra dookoła owrzodzenia zbliznowaciała i zrośnięta z kością. Żylaki na obu podudziach. Po 5-iu zastrzyknięciach krwi własnej chorego w ilości od ½ do 2 cm. sz. podskórnie dookoła owrzodzenia — nastąpiło zupełne wygojenie; skóra ma obecnie wygląd bardziej normalny i daje się gnieść w fałdę; wygojenie trwa już 8 miesięcy.

W przypadku II-im owrzodzenie typu atonicznego umiejscowione na przedniej stronie podudzia prawego, wielkości złotego srebrnego o kształcie owalnym, o dnie pokrytym czerwoną ziarniną. Leczenie różnemi środkami w przeciągu 16 miesięcy było bezskuteczne. Cukru we krwi stwierdzono 0,78‰. Wassermann we krwi ujemny. Leczenie okładami insulinowemi spowodowało niewielkie zmniejszenie się owrzodzenia. Po 7-iu wstrzyknięciach krwi własnej w ilości od 1,0 do 2,0 dookoła i pod owrzodzenie pokryło się ono w całości naskórkiem.

2. Kol. Sterling wygłosił odczyt p. t.: *Homeopatja, a homeopaci.* Po rozpatrzeniu historji powstania i stanu obecnego homeopatji, mówca przychodzi do wniosku: Po pierwsze, że doktryna homeopatyczna niema nic wspólnego z nauką i metodami naukowemi badania obecnie stosowanemi. Po drugie: stosowanie leków w dawkach minimalnych niema nic wspólnego z homeoterapją. Po trzecie: homeopaci stosują we wszystkich przypadkach chorób poważniejszych metody i dawki alopatyczne. Po czwarte: powodzenie zawdzięcza homeopatja temu, że przez całe stopiędziesiąt lat od chwili powstania nie zaprzestaje specjalnej propagandy w celu zyskania zwolenników; w Niemczech np. istnieją setki stowarzyszeń i organizacyj, zadaniem których jest na podstawie relacji laików — szerzenie wiadomości o rzekomych cudach zdziałanych przez homeopatję. Jak pisma homeopatyczne wydawane są przez aptekarzy, homeopatów tak też na ich rachunek prowadzona jest propaganda. Po piąte: siłą homeopatji jest to, że w stopniu wielkim liczy się z autoplastycznym obrazem choroby, z odczuwanemi przez niego senzacjami i pojęciami. O wystąpieniach prof. Biera mówca sądzi, że nastrój zdradzany w szeregu artykułów w ostatnich latach drukowanych — jest nastrojem wywołanym, przez niezadowolone ze zmniejszającej się popularności metody leczenia przekrwieniem biernem i nieuznawanie Biera jako twórcy leczenia proteinowego. Te metody mają właśnie dowodzić naukowo wartości całej nauki homeopatycznej; o ich prawdziwej wartości można jednak być zdania różnego.

W dyskusji kol. Dengel oświadcza, że dotychczasowe jego osobiste próby zdają się potwierdzać spostrzeżenia Biera co do wartości zastrzykiwań eteru w celu zapobieżenia zapaleniom

płuc pooperacyjnym. Kol. Szreiber staje w obronie autorytetu uczonego tej miary co Bier, któremu chirurgja tyle zawdzięcza. Mówca odpowiada, że nie powątpiewa o ścisłości spostrzeżeń Biera, ale najzupełniej nie godzi się na wnioski, jakie Bier ze swoich spostrzeżeń wyprowadził. Subjektywności sądów Biera dowodzą takie zwroty w pracy naukowej, jak „wiem, że wtykam kij w gniazdo os"; osami mają być otopaci.

Wieczór seminaryjny w dniu 23. grudnia 1925.

1. Kol. Mogilnicki wygłosił referat p. t.: *„Leczenie krzywicy w świetle najnowszych badań"*. Istota krzywicy jest niewyjaśnioną i zagadkową i co do przyczyn jej powstawania istnieje wielka różnica zdań. Wiadomo, że przyczyną miękkości kości jest niedostateczne odkładanie się w kościach wapnia, jednakże zwiększenie wapnia w pożywieniu nie leczy krzywicy. Dla postawienia rozpoznania krzywicy należy, prócz stwierdzenia objawów klinicznych, zbadać chorego za pomocą fotografji Roentgena, jak również stwierdzić ilość zawartego w surowicy krwi fosforu. U normalnego dziecka powinno być 5,2 mlg % fosforu, u dzieci z ciężką krzywicą 2,4. Jako przyczynę krzywicy następujący autorzy podają: Czerny konstytucję ustroju i następnie przekarmianie mlekiem. Hochsinger niepomyślne warunki zewnętrzne, Marfan chroniczną infekcję, przedewszystkiem kiłę, Hanzeman ciasnotę mieszkań, Kassowitz złe powietrze w mieszkaniach, Feer i Hutschinson brak światła, Funk brak witamin w pożywieniu. O wpływie światła świadczą doświadczenia Raczyńskiego na psach, badania Ungera i Hessa na dzieciach. Ważnym krokiem naprzód w leczeniu krzywicy było stwierdzenie przez Hulczyńskiego, że promienie lampy kwarcowej działają taksamo, jak słońce. McCollum, Unger i inni stwierdzili doświadczalnie, że nawet przy braku fosforu w pożywieniu, naświetlanie lampą kwarcową, lub dodawanie witasteryny E. w postaci tranu zapobiega krzywicy. Steenbock i Daniel na zwierzętach, a Gyorgy na dzieciach wykazali, że naświetlanie produktów żywnościowych nadaje im przeciwkrzywicze własności tranu. Kugelman i McQuabie wykazali, że tran wydziela promienie ultrafioletowe. Praktyczne wnioski z najnowszych prac dla zapobiegania krzywicy: należy wytworzyć jaknajlepsze warunki mieszkaniowe, dużo wynosić dzieci na powietrze, propagować karmienie piersią, i wcześnie dodawać możliwie dużo jarzyn i owoców. Leczyć za pomocą naświetlań promieniami słońca, lub lampy kwarcowej i tranu z fosforem. Stosowanie kąpieli masaże, wcierania maści hormonowej zalecanej ostatnio przez Langsteina i Volmera uważać jako czynniki lecznicze drugorzędne.

W dyskusji zabierali głos kol.: Gloksman, Frenklowa, Sterling, Jaroszewski, J. Kon, Knichowiecki, Dengel.

Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji.

Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 6 marca 1926.

Obecnych 19 członków.

Zebranym przedstawiono okazy anatomo-patologiczne, uzyskane w drodze operacyjnej.

1) *Macicę usuniętą drogą pochwową z polipem o utkaniu rakowem* wyrastającem u podstawy szyjki i przechodzącem w trzonie w płaskie bujanie nowotworowe. Choroba trwała kilka miesięcy, wywołując silne krwawienia. Chora lat 45, wyleczona;

2) *macicę*, usuniętą sposobem Wertheima *z rozległemi zmianami rakowemi* części pochwowej i szyjki. Chora lat 30, wieloródka, zgłosiła się do szpitala przed pięciu miesiącami w II-gim okresie porodowym, trwającym dwa dni, z ciepłotą 38'5 stopnia. Jako przeszkodę porodową rozpoznano, rozległe bujanie rakowe szyjki macicznej. Szyjka rozwartą była na trzy palce, sztywna i silnie krwawiąca. Ze względu na podwyższoną ciepłotę niemożna było usunąć całej macicy wraz z płodem (podobnie jak to uczynił niedawno z powodzeniem Zubżycki) tylko ograniczono się do wymóżdżenia. Po pełnych czterech miesiącach chora poddała się radykalnemu zabiegowi i opuściła szpital jako wyleczona;

3) *trzy torbiele jajnikowe*, jeden olbrzymich rozmiarów, rozdymający silnie jamę brzuszną i wywołujący typowe charłactwo torbielowe; drugi mały, usunięty drogą pochwową *(colpotomia posterior)*. Chore wyleczone opuściły szpital;

4) *nerkę (ruchomą) bliznowato zmienioną*, pochodzącą z osobnika męskiego lat 26. Nerka ta opadła w okolicę miednicy małej — dała się wysunąć pod jelito ślepe i tędy wydobyć z cięcia brzusznego przedniego. Chory wyleczony;

5) *wielki guz nowotworowy jajnika prawego:* guz ten wytworzył przerzuty, sięgające aż do nerki prawej, silnie zrośnięte z naczyniami i niedające się usunąć. Chora ma być poddana leczeniu promieniami Roentgena;

6) *wielki kłąb jelita biodrowego;* w gruczołach chłonnych zmiany gruźlicze, otrzewna zgrubiała i zbliznowaciała. Po wycięciu całego kłębu, wszczepiono jelito biodrowe do okrężnicy wstępującej. Niestety chora zmarła na trzeci dzień po zabiegu na nagłe osłabienie serca;

7) *kilka wyrostków robaczkowych* usuniętych operacyjnie. Chorzy bawią jeszcze w szpitalu. Śmiertelność operacyjna bardzo mała (na 140 operowanych zmarło 7) niestety zupełnie nieobliczalna przed zabiegiem. N. p. młoda osoba po łatwym zabiegu z powodu chronicznego zapalenia, zmarła trzeciego dnia na zapalenie płuc i ostrą niedomogę sercową;

8) czterech ozdrowieńców po *usunięciu wola* sposobem Kochera, z tych jedna osoba lat 30 kobieta przeszła w toku operacji krwotok mózgowy z lewostronnem porażeniem ciała Już przy końcu zabiegu, po usunięciu guza prawostronnego, wystąpiły drgawki, utrata przytomności, rzężenie, porażenie prawej powieki i prawej strony twarzy, oraz lewej połowy ciała, ręki i nogi Opisane zmiany ustąpiły w ciągu pięciu minut, tylko porażenie lewej ręki i niedowład nogi utrzymywały się przez dwa tygodnie. Obecnie chora jest już zdrowa, skarży się tylko na osłabienie ręki lewej i nogi lewej, oraz na nieznaczne znieczulenia. Podwiązki naczyń wykonano zdala od tętnicy szyjnej;

9) chory lat 30 po *odcięciu obu nóg* z powodu zgorzeli (przemarznięcia w rowach wojennych). Nogę lewą odjęto przed 3-ma latami, prawą dopiero obecnie. Poprzednio wykonano na tętnicy udowej sympatektomję, atoli bez trwałego efektu;

10) na zakończenie trzeba przypomnieć znany *sposób leczenia daleko posuniętych raków macicy* podług Gelhorna t. j. acetonem. Przypadki daleko posuniętego, nie dającego się operować raka macicy nie należą nawet u młodych osób do rzadkości.

Chora lat 27 wieloródka, cierpi od kilku miesięcy na krwotoki i okazuje znaczny stopień wyniszczenia. Badaniem stwierdziliśmy wielki rozpadły nowotwór szyjki i trzonu macicy, wrastający w więzadła. Gelhorn, który uznaje wyższość leczenia radem, nad sposobem przez siebie podanym, zastrzega się, że przypadki daleko posunięte, grożące przebiciem do pęcherza lub do odbytnicy, nadają się raczej do leczenia acetonem, jak radem; a ponadto aceton jest środkiem tanim i łatwym do zastosowania. Mówca miewał już nieraz dobre wyniki po stosowaniu acetonu i życie chorych dało się niejednokrotnie przedłużyć. Przed zastosowaniem acetonu należy bezwarunkowo masy nowotworowe usunąć ostrą łyżeczką.

Dr. R. Hinze.

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie w dniu 18. stycznia 1926. r.

Przewodniczący M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego (14. XII. 1925).

2. Odczytanie sprawozdania z rocznej działalności Towarzystwa. W roku sprawozdawczym komunikatów oryginalnych wygłoszono 18, pokazów zaś było 22.

3. Prof. Konopacki odczytuje sprawozdanie ze zjazdu delegatów, na którem między innemi postanowiono przemianować Tow. Anatomiczne na Ogólno Polskie Tow. Anatomiczno-Zoologiczne z siedzibą w Warszawie, wprowadzić pewne zmiany i poprawki w statucie tego Towarzystwa, oraz przystąpić do założenia własnego organu w porozumieniu się z redakcją „Kosmosu" t. j. czasopisma Polskiego Tow. Przyrodników im. Kopernika we Lwowie. Wybrano tymczasowy Zarząd Ogólno-Polskiego Tow. Anatomiczno-Zoologicznego:

Prezes — Prof. Szymonowicz (Lwów); wiceprezesi — Prof. Hoyer (Kraków), Prof. Konopacki (Warszawa). Sekretarz generalny — Prof. Loth (Warszawa), zastępca — Prof. Krzyżanowski (Warszawa). Skarbnik — Dr. Słonimski (Warszawa), zastępca — Dr. Zakolska (Warszawa). Redaktor generalny — Prof. Hirschler (Lwów), zastępca — Prof. Fuliński (Lwów). Komisja rewizyjna: Prof. Markowski (Lwów), Prof. Jakubski (Poznań), Prof. Aleksandrowicz (Wilno), zastępcy: Prof. Ejsmond i Prof. Stołyhwo (Warszawa). Delegaci (członkowie Komitetu Redakcyjnego): Prof. Reicher (Wilno), Grochmaliński (Poznań), Fuliński (Lwów), Tur (Warszawa), Siedlecki (Kraków). 4. Przystąpiono do wyborów Zarządu Warszawskiego Oddziału Tow. Anatomiczno-Zoologicznego: na przewodniczącego wybrano prof. Jana Tura, na sekretarza: Dr. Józefa Grzybowskiego, dzień posiedzeń ustalono, zamiast poniedziałku — środę godz. 6.45 min. 5. Komunikaty: P. Słonimski *„O barwieniu naczyń krwionośnych benzydyną"*.

Mówca w ramach doniesienia tymczasowego podaje metodę, opracowaną niezależnie od M. Prenant'a, barwienia drobnych naczyń krwionośnych, opartą na odczynie peroxydazowym hemoglobiny (Lepehne). Stosuje on mianowicie roztwór wodny benzydyny, kwas octowy, kilka kropel kw. oct. lod. na 50 cm³. roztworu, do którego dodaje następnie stopniowo kilka cm³ 3% wody utlenionej. Obecna w układzie krwionośnym, czy to w krwinkach (kręgowce), czy to w osoczu krwi (skąposzczety) hemoglobina (względnie jej pochodne), daje bardzo czuły odczyn barwny, wskutek którego nawet najdrobniejsze naczynia włosowate stają się doskonale widoczne. Po zadziałaniu 8—10% molybdenianem amonu autor zamyka swe preparaty w balsamie kanadyjskim lub glicerynie. Na odpowiednich objektach (np. sieć młodego królika) można zbadań nietylko przebieg na niebiesko barwiących się naczyń krwionośnych, ale i naczyń chłonnych uwidaczniających się wskutek wypełnienia ich tlenem (pr. Magnus). Autor komunikat swój ilustrował szeregiem preparatów mikro i makroskopowych. *W dyskusji* zabierali głos: A. Wojciechowski, J. Laskowski i J. Tur.

Sekretarz: Z. *Zakolska.*

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego za rok 1925.

Na początku roku 1925-go Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego liczyło 61 członków zwyczajnych, 1 członka honorowego Dra Rożkowskiego z Częstochowy i 1 członka korespondenta. W ciągu roku ubyło z pośród członków Towarzystwa 7 (siedmiu) kolegów: 5 z powodu wyjazdu na stałe z Zagłębia, 2 z powodu śmierci, 1 został wykreślony z listy członków Towarzystwa tak, że ogólna liczba członków w końcu roku wraz z przybyłym w ostatnim kwartale kolegą Ryderem (po powrocie z Ameryki) wynosiło osób 53.

Naukowych zebrań Towarzystwa odbyło się w ciągu roku 11. Przeciętna ilość obecnych członków 20, gości 4, razem 24 osób. W roku sprawozdawczym wygłoszono odczyty następujące: kolega Puterman 3 odczyty: 1) „Sprawozdanie z 6-go międzynarodowego kursu dokształcającego dla lekarzy w Karlsbadzie", odbytego we wrześniu 1924 roku. 2) *„Carbonuria dysoxydativa" i 3)* „Z dziedziny biologji seksualnej", odczyt ilustrowany przeźroczami, sprowadzonemi od Woronoff'a z Paryża.

Kol. Witkowski 2 odczyty: 1) „O stosowaniu surowic i szczepionek w cierpieniach kobiecych i chirurgicznych" i 2) „Sprawozdanie z kongresu lekarskiego francusko-polskiego", odbytego w Paryżu w kwietniu 1925 r.

Kolega Butkiewicz 2 odczyty: 1) „O kamicy nerkowej" i 2) „O operacyjnem leczeniu wola".

Kolega Nasiłowski: „O cukrzycy u dzieci".

Kolega Wołkowicz: „Sprawozdanie z kongresu lekarskiego francusko-polskiego, odbytego w Paryżu w kwietniu 1925".

Kolega Czarski: „Uproszczenie i udoskonalenie metody Abderhaldena".

Kolega Ryder wspólny odczyt dla Towarzystwa Lekarskiego i członków Stowarzyszenia Techników: „Sprawozdanie z delegacji lekarskiej do Ameryki w latach 1923—1925".

Dr. Helena Sparron z Warszawy: „O płonicy i szczepieniach ochronnych przeciwko takowej".

W ciągu roku demonstrowano: kolega Puterman: mężczyznę lat 59, który przed 3-ma laty był demonstrowany w tutejszem Towarzystwie z rozpoznaniem sprawy Adams-Stokesa myokardjalnego pochodzenia. Po kilkuletniej przerwie i ponownej obserwacji na zasadzie danych anamnestycznych guza w prawem płucu, obrzęku niektórych gruczołów chłonnych, objawów rdzeniowych (niedowład dolnych kończyn) nasunęło się podejrzenie na tło kiłowe sprawy, pomimo ujemnego odczynu Wassermanna, — i 2) sfigmotensjometr Dra Laurey'a do badania ciśnienia krwi.

Kolega Nasiłowski: 1) 4-ro tygodniowe niemowlę z *„Osteogenesis imperfecta"*, cierpienie które przy dalszej obserwacji (pokaz kliszy) przemawiało raczej za *„Rechitis congenita"*. 2) Omawia przypadek przewlekłego wrzodziejącego zapalenia wsierdzia u robotnika, lat 41, wspólnie z kolegą Sztuka, który demonstruje preparat serca tego pacjenta i omawia przypadek ze stanowiska anatomo-patologicznego, 3) Dziewczynę lat 16 z wadliwą przemianą wapniową i 4) chłopca lat 16 z objawami infantilizmu na tle niedorozwoju przysadki mózgowej (klisza roentgenologiczna).

Kolega Butkiewicz: 7-mio tygodniowe niemowlę z *meningocele subarachnoidale sacrale,* 2) kobietę lat 21 po dokonanej operacji plastycznej pochwy z odbytnicy na skutek *atresia vaginae congenita,* 3) mężczyznę lat 21 z olbrzymim wolem i ze zmianami w sercu, 4) dwie kobiety z małemi bliznami pooperacyjnemi po usunięciu wola, 5) chłopca z wrodzonem zwichnięciem prawego uda, przyczem wypowiada swój zamiar usunięcia wady drogą krwawej operacji-

Gość kolega Gruszkiewicz: pokaz chłopca 3-letniego leczonego hypnozą z powodu *enuresis nocturna* w celu zdemonstrowania łatwości hypnozy u niektórych dzieci.

Na początku roku 1925 na skutek odezwy Sejmiku Będzińskiego opracowano (Dr. Faliński i Dr. Puterman) normy żywnościowe dla Szpitali i Przytułków dla dzieci, dostosowane do norm wymaganych przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Delegatem do Komisji Zdrowia Publicznego przy Sejmiku Będzińskim w roku sprawozdawczym został wybrany w Towarzystwie Dr. Kotarski.

W ciągu roku wysłano depesze gratulacyjne: na otwarcie Zjazdu przeciwgruźliczego w Krakowie, na XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie i na jubileusz 120-to lecia Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Towarzystwo Lekarskie od szeregu lat jest członkiem Warszawskiej Kasy Wdów i Sierót po lekarzach, od 2-ch lat jest członkiem Rady Wychowania Fizycznego na powiat Będziński, subsydjując takową kwotą 50 zł. rocznie. W roku sprawozdawczym Towarzystwo nasze zapisało się na członka L. O. P. P. i członka Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Zagłębiu; dało również wyraz swym uczuciom patrjotycznym przez zakupienie cegiełki na „Polską Macierz Szkolną" na Śląsku Cieszyńskim w Czechosłowacji.

Sekretarz: *Dr. Faliński.*

SPRAWY ZAWODOWE.

W sprawie rejestracji lekarzy.

Ministerstwo Spr. wewn. (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) pismem z dnia 17 lutego 1926 N. Z. O. 550/26 wydało w sprawie rejestracji lekarzy rozporządzenie następujące:

Na mocy art. 3. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. Ust. Nr. 105. poz. 762), osoby pragnące korzystać z przysługującego im prawa wykonywania praktyki lekarskiej winny zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) i uzyskać pisemne na to zaświadczenie. Przepis powyższy wprowadzony w życie z chwilą wydania jednolitej ustawy lekarskiej, był podyktowany potrzebą czasu oraz koniecznością ścisłego skontrolowania uprawnień osób wykonywujących praktykę lekarską i jako taki w zasadzie był traktowany jako przepis przejściowy.

W chwili obecnej, wobec zmniejszenia się napływu lekarzy z zagranicy, szczególnie z Rosji, rygorowi art. 3 podlegaliby jedynie lekarze nowi, otrzymujący dyplomy lub nostryfikacje tychże wydane przez Uniwersytety Polskie. Stan podobny nie odpowiadałby intencji art. 3. wobec czego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), dążąc ponadto do decentralizacji, przygotowało projekt ustawy o zmianie niektórych postanowień ustawy z dnia 2-go grudnia 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 105. poz. 762) nowelizując między innemi i art. 3. ustawy powołanej.

W myśl powyższego projektu art. 3. i 13. podlegałyby skreśleniu, natomiast ustęp pierwszy art. 17. otrzymałby następujące brzmienie:

Przystępując do stałego wykonywania praktyki lekarskiej, lekarz obowiązany jest zarejestrować się u władzy administracyjnej I. instancji, składając dowody uprawnień w myśl art. 2. ponadto winien on wskazać miejsce stałego wykonywania tej praktyki, oraz donosić pisemnie o każdorazowej zmianie adresu lub zaniechania praktyki.

O przystąpieniu do wykonywania praktyki, miejscu jej wykonywania, względnie zaprzestania tejże obowiązany jest zarówno lekarz, jak i władza administracyjna I. instancji donieść w terminie nie dłuższym ponad 2 tygodnie właściwej Izbie lekarskiej.

Zgodnie więc z projektem rejestracja lekarzy przeniesiona zostanie na władze administracyjne I. instancji w kompetencji zaś Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) pozostaną nadal wypadki w których przewidziane jest wydawanie tymczasowych pozwoleń a które zastrzeżone są wyłącznej kompetencji Ministerstwa (art. 4. powołanej na wstępie ustawy).

Wobec tego jednak, że uchwalenie noweli przez ciała ustawodawcze wymaga dłuższego okresu czasu, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) postanowiła na okres przejściowy przelać swoje uprawnienia, wypływające

z art. 3. na władze administracyjne 2. instancji (w Warszawie na komisarza Rządu na m. st. Warszawę), które do chwili uchwalenia nowelizacji winny bezpośrednio i samodzielnie przeprowadzać rejestrację lekarzy, wydając uprawnionym odpowiednie zaświadczenia pisemne. Zaświadczenia winny być wydawane według dotychczasowego schematu z powołaniem się na niniejszy reskrypt, przyczem zauważa się, że wobec utrudnionych stosunków z Rosją, świadectwa tymczasowe, wydawane przez Komisję Egzaminacyjne przy Uniwersytetach rosyjskich oraz umieszczenie nazwiska w urzędowych spisach lekarzy b. cesarstwa Rosyjskiego, wydawanych przez b. Rosyjskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, należy uważać za równoważne z posiadaniem dyplomu lekarskiego. Sprawy, zastrzeżone art. 4. powołanej ustawy, jak również rejestrację lekarzy-dentystów do chwili wejścia w życie ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej pozostawia się nadal kompetencji tutejszego Ministerstwa.

Celem wykonania niniejszego reskryptu zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) wydać niezwłocznie odnośne zarządzenie, polecając przeprowadzenie rejestracji lekarzy od chwili otrzymania niniejszego.

Za Ministra: Wroczyński
Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

LISTY DO REDAKCJI.

List otwarty do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej.

Szanowna Redakcjo!

W związku z artykułem Prof. O. Bujwida, pomieszczonym w Nrze 10. b. r. Polskiej Gazety Lekarskiej p. t.: „Przyczynek do historji bakterjologji w Polsce. Wspomnienia z przed lat czterdziestu“, chciałbym tę notatkę historyczną uzupełnić kilkoma wspomnieniami.

Prof. O. Bujwid pisze: „pierwszy kurs bakterjologji, jaki miał Robert Koch w r. 1885, zostawszy profesorem higjeny w Berlinie, w Instytucie niezupełnie wykończonym na Klosterstrasse, kurs, na który zjechali się młodzi adepci med. ze wszystkich stron świata, a szczęśliwym zbiegiem okoliczności był i dla piszącego te słowa dostępny“...

A dalej prof. O. Bujwid dodaje: „Zaznaczyć wypada, że pracując u Kocha i Pasteura, nie spotkałem z Polski nikogo w tym pierwszym okresie. Jest to cokolwiek dziwne, gdyż wielu rodaków studjowało przecież w Niemczech i we Francji; lekarzy polskich pociągały jednak więcej wielkie imiona praktyków i klinicystów i tam corocznie można było spotykać liczne rzesze studjujących“.

Ponieważ te uwagi nie odpowiadają historycznej rzeczywistości, uważam za stosowne nadmienić, że w tym samym r. 1885, w tym samym „jeszcze nie wykończonym Instytucie przy Klosterstrasse“, tylko o miesiąc później, razem z ś. p. Józefem Szpilmanem, profesorem, a później rektorem Akademji weterynaryjnej we Lwowie, obadwaj przyjęci byliśmy na kurs bakterjologji w Instytucie Roberta Kocha, „w którym udział brało 10 uczestników wprawdzie nie „z całego świata“ — (Amerykanin 1, Niemców 5, Polaków 2, Szwed 1, Włoch 1), — jak mi wykazuje wspólna ówczesna fotografja, którą mam przed sobą).

Kurs trwał także miesiąc — praca trwała nie 5 godzin dziennie, lecz od 9-tej rano do 6-tej popołudniu. Wychodzić w tym czasie z pracowni nie było wolno, ani też cokolwiek jeść wobec tego, że pracowaliśmy często z hodowlami cholery. Prócz tego pracowaliśmy nad prątkami gruźlicy, kokkami ropotwórczymi i t. d. Historyczny szczegół jeden, że przedłożono nam płuco dotknięte zapaleniem włóknikowem i polecono założyć hodowle i przekonać się, że przyczyną są pneumokokki Friedländera. Rzeczywiście wyhodowaliśmy czystą kulturę pneumokokków Friedländera i kończyliśmy kurs z przekonaniem, że tylko one są przyczyną tego schorzenia — o pneumokokkach Talamon-Fränkla mowy wtedy nie było.

Kurs prowadził asystent Dr. Wieser, „Oberstabsarzt“ odkomenderowany z wojska pruskiego — jak również z korpusu sanitarnego wojskowego rekrutowała się cała gałąź laborantów. Tak on, — może dlatego, że matka jego była Polką, — jak i sam Koch, który co 2-gi lub 3-ci dzień kontrolował postępy pracy, odnosili się do nas zupełnie życzliwie. — Nie mogę tego powiedzieć o ówczesnym pruskim ministrze oświaty Gosslerze, który w tym czasie zwiedzał Instytut higjeny i naturalnie wszedł także do pracowni, w której pracowaliśmy. Szedł kolejno od jednego pracownika do drugiego, wypytując się łaskawie o nazwisko, skąd pochodzi, jakiej narodowości, i t. d., ale gdy usłyszał „Gluziński, Pole aus Oesterreich, Assistent der Jagiellonischen Universität“, wykręcił się na pięcie i poszedł do następnego, który go już dobił, gdy przedstawił się: „Prof. Szpilman, Pole aus Lemberg“. Przerwał dalsze wypytywania i opuścił pracownię ze zdziwionym tem zajściem Kochem.

Warszawa, 17 marca 1926 r.

Antoni Gluziński.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. med. JAN DANILEWICZ.

Dnia 23 lutego 1926 r. zmarł w Sosnowcu Dr. Jan Danilewicz, roentgenolog, dyrektor Instytutu Roentgena i Fizjatrji Powiatowej Kasy Chorych.

Urodzony 1 marca 1871 r. w ziemi Grodzieńskiej, gimnazjum ukończył w Grodnie, nauki wyższe w Kijowie, gdzie najpierw studjował matematykę, a następnie medycynę. W czasie pobytu w Kijowie był czynnym członkiem polskiej korporacji studenckiej. Po ukończeniu studjów zajmował się praktyką lekarską na Kaukazie, następnie był naczelnym lekarzem centralnego szpitala Władykaukaskiej drogi żelaznej w Rostowie nad Donem i zajmował to stanowisko do przewrotu bolszewickiego.

Będąc w Rosji oddawał się z zamiłowaniem roentgenologji, ogłosił drukiem pracę z tej dziedziny i jeden z pierwszych zorganizował wzcrową naówczas pracownię roentgenologiczną. Pracy tej oddawał się z zapałem i umiłowaniem, uważano go za rzeczoznawcę w tej dziedzinie.

W 1920 r. w marcu wraca do Polski. Po powrocie do kraju obejmuje w Warszawie stanowisko naczelnego lekarza Państwowych Ubezpieczeń, jednocześnie zajmuje się zorganizowaniem pracowni roentgenologicznej dla nowo powstałej Kasy Chorych m. Warszawy oraz bierze żywy udział w życiu umysłowem, zajmując się głównie ulubionemi przez siebie naukami, jak astronomją, matematyką i roentgenologją. Jako wiceprezes Towarzystwa miłośników astronomji, współpracuje w wydawanym przez T-wo miesięczniku; jeden z artykułów Dra Danilewicza o konstruowaniu teleskopów wywołał żywe zainteresowanie tą sprawą i podjęcie wykonywania teleskopów według jego wskazówek. Pozostawił też po sobie i prace z dziedziny wyższej matematyki, z których praca o wielokątach foremnych stanowi dorobek naukowy.

Akademja nauk w Paryżu, z którą był do ostatnich chwil w korespondencji, żywo interesowała się jego pracami z dziedziny wyższej matematyki. Dr. Danilewicz pragnąc dzielić się spostrzeniami swemi i wiedzą, miewał niejednokrotnie dla lekarzy, inżynierów i przyrodników odczyty z zakresu umiłowanych nauk.

W początku 1922 r. Dr. Danilewicz obejmuje stanowisko dyrektora Instytutu roentgenologicznego w Zakopanem. W listopadzie 1923 r. po blizko dwuletnim pobycie w Zakopanem, zaangażowany przez Kasę Chorych osiadł w Sosnowcu i objął stanowisko dyrektora Instytutu Roentgena i Fizjatrji Powiatowej Kasy Chorych. Na tem stanowisku pozostawał do ostatniej chwili. Zawsze niezwykle czynny, każdą wolną od pracy zawodowej chwilę zużytkowywał czy to na pracę naukową, czy społeczną.

W Sosnowcu był współzałożycielem, wiceprezesem i jednym z najbardziej czynnych i zasłużonych członków Oddziału Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika w Zagłębiu Dąbrowskiem. Na wykładach zapoznawał słuchaczy ze swymi oryginalnymi badaniami z zakresu budowy materji, demonstrował działanie aparatów, których był niezwykłym mistrzem. W ostatnim czasie skonstruował przyrząd, który pozwala wyobrazić i zilustrować wykresem ruchy elektronów w atomie z uwzględnieniem możliwości, wiążących się z teorją kwantów. Wykłady Dr. Danilewicza były bardzo zajmujące, budziły zawsze żywe zainteresowanie; w najbliższym czasie miał wziąć udział w cyklu wykładów z zakresu teorji Einsteina, gdy śmierć niespodziewanie przecięła pasmo jego życia. Od pół roku był chory, ostatnimi czasy choroba serca dotkliwie mu dokuczała, lecz dolegliwości z niepojętym spokojem i cierpliwością znosił, lekceważąc cierpienia. Jeszcze w dniu 16 lutego cały dzień pracował w Zakładzie roentgenologicznym, pracował prawie do ostatnich chwil życia.

Dr. Danilewicz był to człowiek dużej, nieprzeciętnej miary, daleko odbiegającej od zwykłego poziomu umysłowości, pracą zajmował się z zamiłowaniem, praca jego była rozumną, celową i wytrwałą, pracowitość posunięta do fanatyzmu, chwili jednej nie chciał stracić bezpożytecznie. Człowiek ten tak wyrastający ponad prze-

cięty poziom był nader skromny, mało wymagający dla siebie, w obejściu bardzo prosty, w stosunku do drugich był bezstronny, koleżeński i uczynny, był też bardzo wrażliwy na nędzę ludzką, której zawsze starał się przychodzić z pomocą.

Niezwykle wysokie zalety serca i umysłu zjednywały mu wszędzie, gdzie pracował, żywą sympatję i uznanie, należał do tych rzadkich ludzi którzy niechętnych dla siebie nie mieli, to też zgon jego boleśnie dotknął miejscowe społeczeństwo.

Żal człowieka tak wielkiej pracy i tak wielkich zalet umysłu i serca. Cześć Jego pamięci!

Dr. Karol Zahorski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Jubileusz Prof. Dr. Stan. Bądzyńskiego. Dnia 21 marca odbyła się w Auli Uniwersytetu Warszawskiego cicha lecz serdeczna uroczystość uczczenia zasług naukowych i obywatelskich Prof. Stanisława Bądzyńskiego z okazji 25-cio lecia Jego działalności na katedrze Uniwersyteckiej. Uroczystość ta odbyła się z zapoczątkowania Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. oraz Tow. Przyrodników im. Kopernika. Cały szereg Instytucyj naukowych składał Czcigodnemu Jubilatowi przez usta swych delegatów szczere życzenia jeszcze długiej i owocnej pracy na niwie chemji fizjologicznej; podnosząc jednocześnie dokonane już przez Prof. Bądzyńskiego na tem polu zdobycze. Do życzeń przyjaciół, kolegów i starszych uczniów profesora przyłączyła się również młodzież akademicka Wydziału lekarskiego, w której imieniu przemawiał prezes Koła Medyków St. Un. Warsz. Obszerne przemówienie, poświęcone charakterystyce Prof. St. Bądzyńskiego jako uczonego i obywatela oraz analizie doniosłych w zakresie chemji fizjologicznej prac Jubilata, wygłosił Prof. Stefan Dąbrowski. Podniosła uroczystość zakończyła się odczytaniem nadesłanych licznych depesz i listów oraz wręczeniem Prof. Bądzyńskiemu specjalnie na Jego cześć wydanego numeru „Kosmosu" poczem przemawiał wzruszony sam Jubilat.

Redakcja „Polskiej Gazety Lekarskiej" dołącza od siebie Czcigodnemu Jubilatowi życzenia *„ad multos annos"*.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 14 b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym: Dr. Wielski, Dr. Schenker: Przypadek ciężkiej osteomalacji. Dr. Klepacki: „Ogniska przerzutowe w splotach naczyniowych mózgu jako punkt wyjścia zapalenia nagminnego opon". (Z projekcją djapozytywów i pokazem preparatów histologicznych).

VI. Zjazd Psychiatrów Polskich. Dnia 23, 24 i 25 maja b. r. odbędzie się w Krakowie VI. Zjazd Psychiatrów Polskich.

Pierwszy dzień Zjazdu poświęcony będzie zagadnieniom dziedziczności.

Referaty główne: Prof. Dr. Edmud Załęski (Kraków): Zagadnienie dzedzicznego wpływu warunków zewnętrznych w hodowli roślin. — Prof. Dr. Leopold Adametz (Wiedeń-Kraków): O normalnym i patologicznym charakterze zjawisk mutacyjnych. — Prof. Dr. Jan Czekanowski (Lwów): Dziedziczność u człowieka w świetle badań antropologicznych. — Prof. Dr. Emil Godlewski junior (Kraków): Problemat dziedziczenia cech nabytych — choroba jako cecha nabyta. — Doc. Dr. Juljusz Morawski (Kobierzyn): Badania nad dziedzicznością w patologji ludzkiej. — Prof. Dr. Stefan Borowiecki (Poznań): Aktualne zagadnienia psychiatryczne związane z dziedzicznością.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane: Dr. Mieczysława Brunnowa (Warszawa): Pokaz tablic genealogicznych z Kliniki psychiatrycznej Uniw. Warsz. — Dr. J. Gawroński (Dziekanka): Z zagadnień dziedziczności. — Dr. Bolesław Śliwiński (Kochanówka): Porażenie postępujące, a dziedziczność.

Drugi dzień Zjazdu przeznaczony jest na omówienie schizofrenji.

Referaty główne: Dr. Władysław Stryjeński (Kobierzyn): Współczesne poglądy na schizofrenję. — Dr. Gustaw Bychowski (Warszawa): Schizofrenja w świetle psychoanalizy. — Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz (Warszawa): Abiotroficzny pogląd na schizofrenję. — Dr. Władysława Sterling (Warszawa): Związek schizofrenji z wydzielaniem wewnętrznem.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane: Dr. Jan Nelken (Warszawa): Schizofrenja a przestępczość. — Dr. Władysław Matecki i Henryk Spielbaum (Warszawa): Koncepcje Kretschmerowskie konstytucji psychofizycznej w świetle własnych badań (na schizofrenikach). — Dr. Aleksander Piotrowski (Dziekanka): W sprawie schizofrenji. — Dr. Oskar Bielawski (Dziekanka): Schizofrenja. — Dr. Władysław Medyński (Kraków): Konstytucja i wewnętrzne wydzielanie w schizofrenji. Twórczość artystyczna w schizofrenji.

Trzeci dzień Zjazdu obejmuje sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Polsce.

Referaty główne: Dr. Józef Bednarz (Tworki): Stan opieki nad chorymi psychicznie w państwie polskiem w chwili obecnej — materjały do wypracowania planu organizacji tej opieki w przyszłości. — Dr. Aleksander Piotrowski (Dziekanka): O stanie opieki nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. — Dr. Roman Zagórski (Kulparków): O opiece nad psychicznie chorymi w Małopolsce.

Odczyty uzupełniające: Dr. Witold Łuniewski (Tworki): Niedomówienia ustawodawstwa hamujące sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Polsce. — Dr. Adolf Falkowski (Wilno): Pierwiastki wychowawcze w leczeniu psychicznie chorych. — Dr. Antoni Iwanowski (Kulparków): Opieka nad psychicznie chorymi.

Poza tematami głównemi zgłoszono następujące odczyty: Dr. Józef Handelsman i Dr. Wanda Bobrowska (Tworki): Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych. — Dr. Bolesław Siwiński i Dr. Mertz (Kochanowska): Wyniki leczenia porażenia postępującego zapomocą zimnicy.

Do referatów głównych można zgłaszać jeszcze odczyty uzupełniające najdalej do 20 kwietnia b. r.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się 30 minut odczytu uzupełniającego 10 minut; czas przemawiania w dyskusji ogranicza się do 5 minut.

Komitet prosi wszystkich referentów o nadesłanie krótkich streszczeń referatów najdalej do 20 kwietnia b. r. Streszczenia te będą wydrukowane i rozesłane uczestnikom przed zjazdem.

Wkładka dla uczestników zjazdu wynosi 20 złotych.

Zapotrzebowanie mieszkania zgłaszać należy do Komitetu zjazdu najdalej do 10 maja b. r. Zamawiający mieszkanie zechcą nadesłać zaliczkę w kwocie 10 zł.

Komitet organizacyjny VI. Zjazdu Psychiatrów Polskich: Prof. Dr. Jan Piltz, prezes, Doc. Dr. Juljusz Morawski, wiceprezes, Doc. Dr. Marcin Zieliński, sekr. generalny zjazdu, Dr. Władysław Sochacki, skarbnik, Dr. Aurelja Sikorska, sekr. Komitetu Organ.

Adres Komitetu Organizacyjnego VI. Zjazdu Psychiatrów Polskich: Klinika neurologiczno-psychiatryczna Uniw. Jagiell. Kraków, ul. Kopernika 48.

Lubień wielki.

Ulgi kąpielowe w Lubieniu Wielkim. Zarząd kąpielowy w Lubieniu Wielkim ustanowił następujące zniżki kąpielowe: 1) Lekarze (medyc.) ich żony i dzieci nieletnie zwolnieni od opłaty taksy zdrojowej wszystkie kąpiele i zabiegi lecznicze z wyjątkiem „emanatorjum radjowego" bezpłatne za okazaniem legitymacji. Ulga nie dotyczy mieszkań zakładowych. Ulga w I, II i III sezonie. 2) Pracownicy państwowi wszystkich dykasterji w I i III sezonie za okazaniem legitymacji — 25% zniżki w opłacie taksy zdrojowej i kąpielach mineralnych-siarczanych. O ile są członkami „Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża" to zamiast 25% zniżka 50%-wa w taksie zdrojowej i kąpielach siarczanych. Zniżka obejmuje tylko samych członków bez rodzin. 3) Zniżka na podsawie świadectwa ubóstwa stwierdzonego przez władzę administracyjną (starostwo) i odnośny urząd parafjalny — 25% w taksie zdrojowej i kąpielach mineralnych siarczanych. Tylko w I i III sezonie.

W dniach 6—11 kwietnia b. r. odbył się w zdrojowisku Aachen 41 kongres balneologiczny.

Redakcja otrzymała:

Sprawozdanie Zarządu Łódzkiego Polskiego Czerwonego Krzyża za r. 1925.